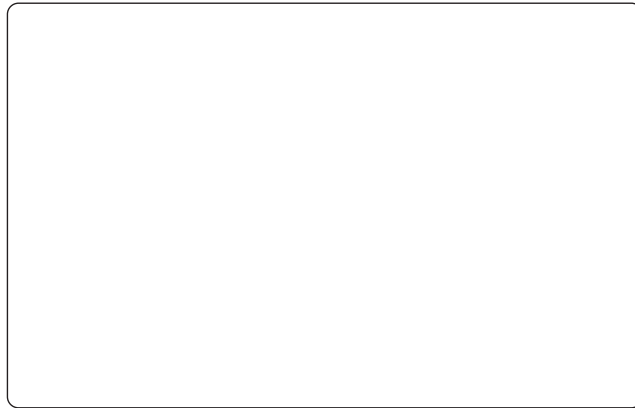




ひとり親家庭等医療費受給者証(単票) オモテ



医療費受給者証をお送りいたします。  
ご不明な点がございましたら、担当課へご連絡ください。

(切り取り)

		<b>ひとり親家庭等医療費受給者証</b>	
公費負担者 番号	95010179	受給者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
自己負担			
発行機関 名及び印	北海道江別市長		
交付年月日			