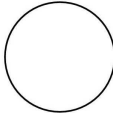





医療費受給者証をお送りいたします。
ご不明な点がございましたら、担当課へご連絡ください。

(切り取り)

		子ども医療費受給者証	
公費負担者 番号	92010172	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			