

様式第5号(第16条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

住所 朝霞市

氏名

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

| | |
|-----------|---|
| 受給者証番号 | |
| 受給者証交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 再交付申請理由 | 1 紛失した 2 破いた 3 汚した 4 その他 (理由を具体的に書いてください。) |

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。