

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 桜井市長

申請者 住所
氏名

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受給者	受給者番号			
	氏名			
	住所			
申請理由				
※再交付年月日		年 月 日	※台帳整理	

- (注)1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
- 2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。
- 3 ※欄は記入しないでください。