

決 裁	課長	副課長	係長	担当者	受付日	交付日
					受付番号	

ひとり親家庭等医療費受給者証
再交付申請書

年 月 日

申請先 新座市長

住所 新座市 _____

氏名 _____

電話番号 _____

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－児扶番号	—
再交付申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. その他 (理由を具体的に書いてください。)
再交付が必要な方	<input type="checkbox"/> 保護者及び児童 () <input type="checkbox"/> 保護者のみ <input type="checkbox"/> 児童のみ ()

(注) 破損又は汚損の場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
紛失した受給者証が見つかった場合は、当該受給者証を返還してください。