

記入例

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

R〇年 〇月 〇日

申請先 新 座 市 長

住 所 新座市野火止1-1-1

氏 名 新座 太郎

電話番号 048-477-1111

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	〇〇〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇〇〇
再交付申請理由	<ol style="list-style-type: none"> ① 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. その他 (理由を具体的に書い
再交付が必要な方	<input type="checkbox"/> 保護者及び児童 () <input checked="" type="checkbox"/> 保護者のみ <input type="checkbox"/> 児童のみ ()

対象児童のうち一部の方のみ必要な場合は、氏名を記入してください。

(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。