様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

　瀬戸内市長　　　　様

申請人　住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付を受ける者の氏名 |  |
| 受給者番号 |  |
| 再交付を受ける理由  　　　紛失の場合は、具体的状況を記入 | ア　破損(汚損)  イ　紛失　　　　　　年　　月　　日 |

(注)　破損(汚損)の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。