

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。