

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

受給者証 番号	受給者氏名	
	生年月日	年 月 日
住所		
再交付申請 の理由	① 紛失のため ② 破損、汚損のため ③ その他 ()	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名



燕市長 様

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
2 破損又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。
◎ 記名押印に代えて署名することができます。