

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 行田市長

住 所

氏 名

電話番号

個人番号

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	
受給者証交付年月日	年 月 日
再交付申請理由	1 紛失した(3) 2 破いた(2) 3 汚した(2) 4 その他(9) (理由を具体的に書いてください。)

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。