

第5号様式(第10条関係)

蕪崎市ひとり親家庭医療費助成受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)蕪崎市長

申請者 住所

氏名

(※)

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

受給者証の再交付を受けたいので、蕪崎市ひとり親家庭医療費の助成に関する条例施行規則の規定により申請します。

記

受給者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	保険者名称	
	記号・番号	
理由	1 紛失 2 損傷 3 その他( )	

事務処理欄	受給者番号		加入保険	
	身分確認書類(免許証・保険証・カード類・その他 )			