

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

申請者 住 所
 氏 名
 受給者との続柄
 電話番号

下記の理由によ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	氏 名		受給者番号	
	住 所			
再 交 付 の 理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 そ の 他			
※ 決 定 欄	課 長		室 長	
	係 長		係	
	決 定 年 月 日	令 和 年 月 日		
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。			
	2 次の理由により上記申請を却下する。			
	却 下 理 由			

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。