

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

綾町長 様

住 所 綾町大字  
申請者 氏 名 (印)

受 給 資 格 証 番 号	
(再交付を受ける理由)  ア 破 損  イ 亡 失  ウ その他 ( )	

(注)破損(汚損)の場合は、旧受給資格者証を添えて提出してください。