

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

申請者 住 所 綾町大字  
氏 名 ⑩

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

(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。