

第5号様式（第6条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

御杖村長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

|             |                |                           |
|-------------|----------------|---------------------------|
| 受<br>給<br>者 | 受給資格証<br>受給者番号 |                           |
|             | 氏 名            |                           |
|             | 住 所            |                           |
| 申 請 理 由     |                | 1 紛失      2 破損      3 その他 |

- （注） 1    破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
- 2    紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、早急に返還してください。