



ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

川島町長 様

住所：川島町大字平沼1 1 7 5

氏名：川島 花子 印

電話：049 (299) 1756

下記のとお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

受給者番号	3000001
受給者証交付年月日	H24年 1月 1日
再交付申請理由	① 紛失した 2 破いた 3 汚した 4 その他 (理由を具体的に書いてください。)

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。