

様式第5号(第16条関係)

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  
氏 名

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	
受給者証交付年月日	年 月 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。