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

　神川町長　　　　様

住所

氏名

　次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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証記号番号 | 　 |
| 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。