

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書					
対 象 者	受給者番号		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所				
	加入 保険	記号・番号			
		保険者名			
受 給 者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ひとり親家庭等医療費受給者証を</p> <p style="text-align: center;">破損 したので再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">亡失</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 鴻巣市長</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> </div> </div>					

- (注) 1 破損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。  
 2 記名押印に代えて署名することができます。