

第10号様式(第17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

(宛先)

戸田市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

| 再 交 付 対 象 者 | 氏 名 | 個人番号 | 受給者証番号 |
|---------------|--------------------------|------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 再 交 付 申 請 事 由 | 1 紛失 2 破損 3 その他() | | |

| 課 長 | 主 幹 | 副主幹 | | |
|-----|-----|-----|----|----|
| | | | 入力 | 交付 |
| | | | | |