

ひとり親家庭等医療費受給者証
再 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

坂戸市長 あて

住 所 坂戸市
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。

市処理欄

- ひ医再交付(全部 ・ 一部)
- ひ医世帯(保護者及び対象児童)に重心該当者 有 ・ 無
- 重心該当者にひ医再交付していない