

入力	受付

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

加須市長 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 番 号	
受 給 者 証 交 付 年 月 日	年 月 日
再 交 付 申 請 理 由	1 破損 2 紛失 3 その他 (理由を具体的に書いてください。)

(注) 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。

新受給者証 未発行 ・ 発行済(発行日:令和 年 月 日)
 旧受給者証 未回収 ・ 回収済(回収日:令和 年 月 日)
 ※未回収の場合は、返却をお願いしてください。