

様式第3号（第4条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書					
受給資格者氏名		住所	那須塩原市		
助成対象者	氏名	性別	生年月日	続柄	資格要件
			昭・平 年 月 日		
			平・令 年 月 日		
			平・令 年 月 日		
			平・令 年 月 日		
			平・令 年 月 日		
加入保険	被保険者氏名				
	記号番号				
	保険者名称				
<div style="text-align: center;"> <p>破損 ひとり親家庭医療費受給資格者証を 亡失</p> <p>したので再交付願いたく申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 那須塩原市</p> <p>申請者 氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p> </div>					

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日