

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	那塩 花子		住所	那須塩原市 あたご町2-3	
助成対象者	氏名	性別	生年月日	続柄	資格要件
		記入不要			
加入保険	被保険者氏名				
	記号番号				
	保険者名称				
<p style="text-align: center;">破損 ひとり親家庭医療費受給資格者証を <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">亡失</span> したので再交付願いたく申請します。</p> <p>令和 3年 4月 2日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市 あたご町2-3 申請者 氏名 那塩 花子</p> <p>那須塩原市長 様</p>					

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日