

第5号様式

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

受給者証 番 号	受給者氏名											
	生 年 月 日											
住 所												
受給者個人番号												
再交付対象者 の氏名及び 個人番号	氏名			個人番号								
再交付申請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 破損のため <input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ()											

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

届出者

氏 名

長岡市長 磯田 達伸 様

- (注) 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
 2 破損又は汚損した場合は、受給者証を添えて提出してください。
 3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。