五戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

　　　五戸町長　　　　　様

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　印

　　下記の理由により、五戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 理由 | １　受給資格証をなくしたため２　受給資格証の破損、汚損が著しく使用に堪えないため３　その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |

　（注）破損又は汚損を理由として申請する場合、現在の資格証を添付してください。