

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

申請者 住 所
氏 名

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。