

様式第4号(第5条関係)

ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 南アルプス市長 様

申請者 住所
氏名
電話

印

次のとおり、ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証の再交付を申請します。

申請事由	1 なくした	2 破いた	受給者番号	
	3 汚した	4 その他 ()		
対象者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・
備考				

《注意》

- 1 破損又は汚損した場合は、受給資格者証を添えて提出してください。
- 2 紛失した受給資格者証を発見したときは、速やかに返送してください。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。