別記第６号様式（第６条関係）

ひとり親家庭等医療証再交付申請書

年　　月　　日

中間市長　様

住　　所
申請者　　電話番号
氏　　名

次のとおりの状況ですので、ひとり親家庭等医療証の再交付について申請します。

ひとり親家庭等医療証の受給者番号							

受給者の氏名　　生年月日　　年　　月　　日
受給者の氏名　　生年月日　　年　　月　　日
受給者の氏名　　生年月日　　年　　月　　日
受給者の氏名　　生年月日　　年　　月　　日

申請の理由

１．やぶれた（破損）
２．よごした（汚損）
３．なくした（紛失）

発行者　/　確認者		発行日	備　考
		年　月　日	

＊加入する保険を確認してください