

受付日	年	月	日
受付番号	第		号

第5号様式(第16条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証
再 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

草加市長 あて

住 所

氏 名

㊞

電話/FAX

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

受 給 者 番 号	
受給者証交付年月日	年 月 日
再 交 付 申 請 理 由	1 紛失した 2 破いた 3 汚した 4 その他 (理由を具体的に書いてください。)

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

※ 氏名を署名したときは、押印を省略することができます。

受給者全員の健康保険証の写しを添付してください。