

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

藤崎町長

住所  
申請者  
氏名 (※)  
(※) 本人が手書きしない場合は、  
記名押印してください。

下記の理由により、藤崎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。

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

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