

様式第5号(第4条関係)

<p>ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>新見市長 様</p> <p>申請人 住 所 氏 名</p>	
再交付を受ける者の氏名	
受 給 者 番 号	
再交付を受ける理由 (紛失の場合は具体的状況を記入)	<p>ア 破損(汚損)</p> <p>イ 紛失 年 月 日</p>

(注) 破損(汚損)の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。