

様式13号(第17条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証
再交付申請書

年 月 日

(提出先)

川越市長

住所

氏名

下記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。

記

受給者証記号番号	
受給者証交付年月日	年 月 日
再交付申請理由	1 破いた 2 汚した 3 失った 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。