

様式第6号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

相馬市長

申請者 住所 相馬市

氏名

ひとり親家庭医療費受給資格者証を破損したので、再交付願います。

受給資格者証番号		
受給者	氏 名	
	住 所	
破 損 亡 失 年 月 日		令和 年 月 日
破 損 亡 失 事 由		