様式第４号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 決裁 | 課長 | 課長補佐 | | | 係長 | | 係 | | 受付 | | | 年　　月　　日 | | |  |
|  |  | | |  | |  | | 決裁 | | | 年　　月　　日 | | |
| 発行 | | | 年　　月　　日 | | |
| ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書  年　　月　　日  　さくら市長　　　　様  住所  申請者  　　　　　　　 氏名  **本人自署の場合は、押印を省略できます。**  電話番号　 　　―　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 再交付の理由 | | | 破損、亡失、その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |  |
| 受給資格者氏名 | | |  | | | | | | | 住所 | 同上 | | | |
| 助成対象者 | 氏名 | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | 続柄 | 備考 |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | | 本人 |  |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  |
| 受給者証記号番号 | | | | | | 第　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| 加入保険 | 被保険者名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 記号番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 付加給付の状況 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |