

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

令和 6 年 4 月 1 日

江北町長 様

住所 江北町大字山口 1651 番地 1
申請者

氏名 江北 花子

電話 (0952 - 86 - 5614)

本人自署による署名の場合、押印不要です。

下記のとおり、ひとり親家庭等医療受給資格証の再交付を申請します。

受給者氏名 生年月日

江北 花子

H2.2.2

受給者番号

9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---

申請の理由

① なくした

2. やぶれた

3. よごした

4. その他

()

台帳	医療証