

【記入要領】

様式第5号（第15条関係）

証交付：済（ / ）・未

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 受給者証の2段目の番号を記入してください。紛失の場合は、記入不要です。 </div>			
	受給者番号	生年月日	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 再交付が必要な方について記入してください。 </div>			
対象者	住所		
	加入保険	記号・番号	
	加入保険	保険者名	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 保護者について記入してください。 </div>			
受給者	氏名	生年月日	
	住所	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する方に○をつけてください。 </div>	
ひろり親家庭等医療費受給者証を 破損 したので再交付願いたく申請します。 亡失			
年 月 日		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 提出する日付を記入してください。 </div>	
（宛先）埼玉県北本市長			
			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 保護者の住所と氏名を記入してください。 </div>
		住所	
		申請者	
		氏名	

（注） 1 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。