

様式第6号(第7条関係)

六戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

六戸町長 殿

住 所

申請者

氏 名 ⑩

下記の理由により、六戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

対象者氏名	
理 由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給し確証の破損、汚損が著しく使用に堪えないため 3 その他 ()

(注意) 破損又は汚損を理由として申請する場合は、現在の資格証を添付してください。