

様式第7号（第9条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

猪苗代町長

申請者 住 所

氏 名

破損

ひとり親家庭医療費受給資格者証を したので、再交願います。

亡失

受給者証番号		
受給者	氏 名	
	住 所	
破損 年月日 亡失		年 月 日