様式第９号（第１３条様式）

母子・父子家庭医療費受給資格者証再交付申請書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

　申請者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

山元町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則第13条の規定により、次のとおり再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 昭和・平成  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 再交付理由 | □ 紛失  □ 破損  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 処 理 欄 | 起案日　　　年　　月　　日 | | |  | | 受付印 |
| 交付方法（ 郵送 ・ 窓口 ） | | | 証交付日　　　年　　月　　日 | |
| 課長 | 参事 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |