

ひとり親家庭等医療費助成受給者証等再交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）金沢市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

受給者証等を（紛失・破損）したので再交付を申請します。

受給者証等番号			
ふりがな 受給者氏名		生年月日	
住 所			

※ 処 理 欄	受給資格証の送付は 要（未交付） ・ 不要（交付済）
---------	---

処理欄	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野 HC 13・元町 HC 14・駅西 HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町
-----	--