

ひとり親家庭等医療費助成受給者証等再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者 住 所 金沢市広坂〇丁目〇番〇号

氏 名 金沢 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

○をつけてください。

受給者証等を（紛失・破損）したので再交付を申請します。

※再交付が必要な方すべての受給資格番号・受給者氏名・生年月日を記入してください。

受給者証等番号	×××××××××× (紛失の場合は記入不要)		
ふりがな 受給者氏名	かなざわ はなこ 金沢 花子	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
住所	金沢市広坂〇丁目〇番〇号		

処理欄の記入は不要です

※ 加 王 七 間

11・駅西 12・泉野 HC 13・元町 HC 14・駅西 HC 15・本厅 16・湊 17・本町 18・近江町

町