

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

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								
処理欄の記入は不要です								
	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