

## ひとり親家庭等医療費助成金受給者証再交付申請書

年 月 日

伊豆の国市長 あて

住所  
受給者  
氏名

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証を 損傷 したので再交付を  
紛失 申請します。

受給資格者	氏名	性別	住所	生年月日	続柄
		男女			
		男女			
		男女			
		男女			
		男女			
損傷・紛失年月日		年 月 日			