第 6 号様式(第 12 条)

ひとり親家庭等医療証再交付申請書

年　　月　　日

(宛先)鎌倉市長

住　所 鎌倉市

申請者　氏　名

電　話　　(　　)

次のとおり申請します。

申　請　理　由		□ 紛 失　　□ 破損・汚損　　□ その他（　　）
医 療 証 番 号		
資格者	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　　所	

（備　考）

次のとおり決定してよいでしょうか。（伺い）

課長	担当係長	担当	入力	起　　案	・　　・
				決　　裁	・　　・
				再 交 付	・　　・
決 定 区 分	□ 再交付します。 □ 再交付しません。 （　理由　　）			医療証の回収状況	□ 回　収 □ 未回収

（注）　太枠の中だけを記入してください。