

様式第 10 号（第 6 条関係）

| | | |
|------------------------|--|---|
| 母子及び父子家庭医療費受給資格証再交付申請書 | | |
| 年 月 日 | | |
| (宛先) えびの市長 | | |
| 申請者 住 所 | | |
| 氏 名 | | 印 |
| 受給者番号 | | |
| (再交付を受ける理由) | | |
| ア 破 損 | | |
| イ 亡 失 | | |
| ウ その他 | | |
| () | | |

(注) 破損（汚損）の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。