

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。