

## ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

(宛先) 京 都 市 長	年      月      日
申請者の住所 京都市      区 電話                      —	申請者の氏名  受給者との続柄（              ）

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則第9条第1項の規定により受給者証の再交付を申請します。															
受給者	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">住 所</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ  電話                      —                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">氏 名</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ  電話                      —	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	受給者番号									
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ  電話                      —														
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	受給者番号													
受給者番号															
申請の理由	<input type="checkbox"/> 破れた。  <input type="checkbox"/> 汚れた。  <input type="checkbox"/> 紛失した。  <p style="text-align: center;">紛失したときは、以下にその事情を記入してください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div>														

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
 2 破れたとき、又は汚れたときは、その受給者証を添えてください。

※本市使用欄

上記の申請に基づき再交付することを決定する。  <p style="text-align: center;">年      月      日</p>	課 長	係 長	係 員