

## 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                      ー	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	住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 電話                      ー									
	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 受給者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
申請の理由	<input type="checkbox"/> 破れた。 <input type="checkbox"/> 汚れた。 <input type="checkbox"/> 紛失した。  紛失したときは、以下にその事情を記入してください。  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin: 0 auto; width: 80%;"></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。  年      月      日	課 長	係 長	係 員