様式第７号（第１７条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格証

再　 交 　付　 申　 請 　書

年　　月　　日

　(あて先)さいたま市長

住所

氏名

電話番号

　次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  | **―** |  |  |  |  | **―** |  |  |  |  |
| 再交付申請理由 | １ 紛失　　２ 破損　　３ 汚損４ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備考欄 | 個人番号確認・個人番号カード・通知カード・住民票・公簿確認（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 本人確認・個人番号カード・顔写真入り書類（免許証等）（　　　　　　　　　）・顔写真無し書類　　　　　 （　　　　　　　　　）　（保険証等、２種類）　　 （　　　　　　　　　） |