様式第5号（第6条関係）

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書			
			年 月 日
あわら市長 様			
申請者 住 所 (居 所) 氏 名			
あわら市ひとり親家庭等医療費受給者証を破損（亡失）したので再交付を申請します。			
受給者	住所(居所)		
	氏 名		
助成対象者	氏 名		
	生 年 月 日		
破損・亡失事由			
備 考			