第３号様式（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）

浜　松　市　長

（住所）　浜松市　　区

申請者

（氏名）

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証再交付申請書

ひとり親家庭等医療費助成金受給証を　損傷　紛失　したので、次のとおり再交付を申請します。

記

受給者証番号	
受給者氏名	
損傷又は紛失の年月日	令和　　年　　月　　日

処理	