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）　　 （　　　　　　　　　） |