

小児・ひとり親家庭等福祉医療証再交付申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

住所

申 請 者

氏名

電話

( )

次のとおり申請します。

|                                 |  |                 |     |       |    |    |    |
|---------------------------------|--|-----------------|-----|-------|----|----|----|
| 受<br>給<br>者                     | フリガナ   |                 |     | 受給者番号 |    |    |    |
|                                 | 氏名   |                 |     |       |    |    |    |
|                                 | 生年月日   |                 |     | 住所    |    |    |    |
| 再<br>交<br>付<br>申<br>請<br>理<br>由 | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 汚損・破損<br><input type="checkbox"/> 未着<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |     |       |    |    |    |
| 備<br>考                          |  |                 |     |       |    |    |    |
| 新 証                             | 交付済  | 郵送希望            | 担当者 | 受付    | 発行 | 入力 | 審査 |
| 旧 証                             | 回収済  | 未回収<br>証返還案内済・未 |     |       |    |    |    |