第6号様式(第12条)

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療証再交付申請書 |
| 年　　月　　日　　　　(宛先)鎌倉市長住所 鎌倉市 　　　　　　　　　　　　　申請者 氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　 電 話 　　(　　　)　　　　　　　　　次のとおり申請します。 |
| 申 請 理 由 |  □ 紛 失 □ 破損・汚損 □ その他（ ） |
| 医 療 証 番 号 |  |
|  資 格 者 | 氏 名 |   |
| 生年月日 | 年 　 月 　 日 |
|  住 所 |  |
| （備 考） |
| 　次のとおり決定してよいでしょうか。（伺い） |
| 課長 | 担当係長 | 担当 | 入力 | 起案 | ・ 　 　・ |
| 決裁 | ・ 　 　・ |
| 再 交 付 |  ・ ・ |
|  決 定 区 分 |  □ 再交付します。□ 再交付しません。（ 理由 ） | 医療証の回収状況 | * 回 収
* 未回収
 |

 （注） 太枠の中だけを記入してください。