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。