

記入例

ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者 (保護者)	住所	柏市 柏5-10-1
	電話	04 - 7167 - 1111
	氏名	柏 花子 (お子様との続柄 母)

下記の者に係るひとり親家庭等医療費等助成受給券の再交付

受給券の再交付をしたい方
のお名前のみご記入ください。

保護者	氏名	柏 花子
	生年月日	平成・令和 5年 4月 1日
子ども	氏名	柏 太郎
	生年月日	平成・令和 28年 4月 2日
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日	
加入健康保険	別添のとおり	
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 ① 紛失 ② 毀損・汚損 ③ その他 ()	
備考		

※ 保護者及びお子様の健康保険証（写し）の添付をお願いします。

※市処理欄

受付日	発行日	発送日

受領印押印欄

--