

柏市重度心身障害者（児）医療費助成受給券再交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 住 所 柏市柏五丁目10番1号

氏 名 柏 太郎

受給者との続柄（ 本人 ）

電 話 04-7167-1111

次のとおり重度心身障害者（児）医療費受給券再交付を申請します。

受 給 者	フリガナ	カシワ タロウ	生 年 月 日	平成元年 5 月 1 日生	
	氏 名	柏 太郎			
	住 所	〒 277-0005 柏市柏五丁目10番1号			
理由 （該当する項目を ○で囲む こと）	① 紛失 2. 破損 3. その他（ ）				

担 当 者	交 付 日
	令和 年 月 日