

# 子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和 3 年 4 月 1 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	柏太郎 (お子様との続柄 父 )

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

記

子          ど          も	氏名	柏一郎
	生年月日	平成・令和 25 年 4 月 1 日
	氏名	柏礼子
	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。 <input checked="" type="radio"/> 1 紛失 <input type="radio"/> 2 毀損・汚損 <input type="radio"/> 3 その他 ( )	
備考		

※ お子様の健康保険証（写し）の添付をお願いします。