

**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  
記

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。

※再交付が必要なかたの氏名等のみ記入してください。

□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
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 <input checked="" type="radio"/> 紛失 <input type="radio"/> 毀損・汚損 <input type="radio"/> その他 ( )	
備考		

※再交付を申請するかたの本人確認書類(写し)を添付してください。

※市処理欄

受付日	発行日	確認者	発送日

受領印押印欄