

# 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 へ

申請者 (保護者)	住所	柏市
	電話	
	氏名	(お子様との続柄)

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を申請します。

記

※再交付が必要な方の氏名等のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 保護者	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子ども	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
	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。 1 紛失 2 毀損・汚損 3 その他 ( )	
備考		

※申請者(保護者)の本人確認書類の写し(運転免許証、マイナンバーカード、児童扶養手当証書など)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