

(記載例)

函館市ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

令和 ○年 ○月 ○○日

函 館 市 長 様

(番地)

住 所 函館市 ○○ 町 ○ 丁目 ○ 番 ○ 号

保護者について
記載してください。

申請者

氏 名 市役所 花子

受給者との続柄 母

電 話 0 1 3 8 - 9 8 - 7 6 5 4

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者	受給者証の 受給者番号	0 0 0 1 2 3 4		
	氏 名	市役所 緑		
	生 年 月 日	昭和 平成○年 ○月○○日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
	住 所	函館市 ○○町 ○丁目 ○番 ○号	(番地)	
保護者	氏 名	市役所 花子		
	住 所	函館市 ○○町 ○丁目 ○番 ○号	(番地)	
理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 そ の 他			
備 考				再 交 付 年 月 日
				※ 令和 年 月 日

注 ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認	受付	入力	検証

受付印