

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

申請者 氏 名
受給者との続柄
電 話

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			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所	函館市 町 丁目 (番地) 号 番		
保護者	氏 名			
	住 所	函館市 町 丁目 (番地) 号 番		
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

☐ 函館市ひとり親家庭等医療費受給者証を受領いたしました

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