

ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

年 月 日

木更津市長 様

申 請 者	住 所	〒
	氏 名	

木更津市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第10条第1項の規定により、
受給券の再交付を申請します。

記

受給者番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
住所 □申請者と同一	〒		
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 破損・汚損		

備考 破損又は汚損の場合は、ひとり親家庭等医療費等助成受給券を添付してください。