

ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

木更津市長 様

申請者	住所	〒292-8501 木更津市 朝日 3-10-19
	氏名	木更津 太郎

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。

受給者番号は、紛失などで
不明の場合は空欄で可

記

受給者番号			
フリガナ	キサラヅ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
対象者氏名	木更津 太郎		
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。