

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) 番 号		
保護者	氏名			
	住所	函館市 町 丁目 (番地) 番 号		
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。

公簿確認住民票	受 付	入 力	検 証
受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日

受 付 印