

(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)

保護者について

記載してください。

住所 函館市 東雲 町 1 丁目 4 番 13 号
申請者氏名 市役所 太郎
受給者との続柄 父
電話 0138-21-3181

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	0001234		
	氏名	市役所 緑		
	生年月日	昭和 平成30年 4月 1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 東雲 町 1 丁目 4 (番地) 番		13 号
保護者	氏名	市役所 太郎		
	住所	函館市 東雲 町 1 丁目 4 (番地) 番		13 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	