

第7号様式(第12条第1項)

八千代市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

(宛先) 八千代市長

住所

申請者 氏名

(保護者)

電話

次のとおり、八千代市ひとり親家庭等医療費等助成受給券の再交付を申請します。

対象者	受給者番号	
	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日生
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他(
備考		