

川越市ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

川越市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則第 1 7 条第 1 項の規定により、次のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請者	住 所	〒 ー					
	フリガナ	電話番号 ー ー					
	氏 名						
対象となる受給者	住 所	☐ 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）					
	受 給 者 番 号						
	フリガナ				生 年 月 日		
	氏 名				年 月 日		
申 請 理 由		破 損 ・ 汚 損 ・ 亡 失					

※市処理欄

受付印	
発行日	

(川越市こども未来部 こども政策課)