

記入例

茅ヶ崎市医療証再交付申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長

下記の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請いたします。

● 年 ● 月 ● 日

住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1

記入日と記入者の情報を記入

氏 名 茅ヶ崎 太郎

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

受給者番号は医療証紛失等で不明の場合は空欄で構いません

番号	受給者番号	●	●	●	●	●	●	●	×
受 給 者	フリガナ	チガサキ マロ							
	氏 名	茅ヶ崎 麻呂							
	生 年 月 日	平 令 ◆年 ◆月 ◆日							
申 請 理 由	① なくした	該当する番号を○で囲んでください							
	2 破いた								
	3 汚した								
	4 その他 ()								

(備考) 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

ホームページ