

松戸市子ども医療費助成受給券再交付申請書

(再交付)

受付印

(あて先) 松戸市長

【郵送可能】
※児童給付担当室宛てに、提出。

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者 (保護者)	住所	松戸市	
	氏名	(フリガナ)	
電話	— —		(日中の連絡先)

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

フリガナ			
子ども氏名			
生年月日 ※和暦に☑	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
再交付理由 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・毀損 <input type="checkbox"/> その他 ()		

再交付申請は、電子申請が便利です！

右記のQRコードを読み込んでいただき、「ちば電子申請サービス」にて、再交付申請をしていただくと、後日受給券が郵送されます。

WEB検索の場合は、

「松戸市電子申請 子ども医療費助成 受給券再交付申請」と検索。

