

子ども医療費受給者証再交付申請書

●年 ▲月 ■日

赤枠の中を記載してください。  
記入漏れがあった場合、申請書の受理  
ができない場合がありますので、ご注  
意ください。

申請者

住所 留萌市幸町1丁目11番地  
氏名 練花子  
受給者との続柄 母  
電話番号 (0164) xx - xxxx

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申請内容	受給者	氏名	練 かずも				受給者番号			
		住所	留萌市幸町1丁目11番地							
	理由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他								
※ 処理欄	課長		係長		係		合議		処 年 月 日	理 年 月 日
	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。									
	却下理由									

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。