

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

留 萌 市 長 様

申請者 住所
氏名
受給者との続柄
電話番号

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						受給者番号			
		住 所									
	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 日	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。