

記載例

別記様式第5号

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 ○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 鯉 一 郎
受給者との続柄 父
電話番号 (0164) 43-1805

下記の理由により、幼児等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	鯉 花子						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		課長 補佐		係長		係		処 年 月 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。