

第 11 号様式（第 16 条第 1 項）

子ども医療費助成受給券再交付申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

香取市長 様

〒287-0815

申請者 住 所 香取市佐原口 2127 番地
(保護者) 氏 名 香取 太郎

(子どもとの続柄 父)

電話番号 0478-50-1257

次のとおり、子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者番号		△	△	△	△	△	△	△
子 ど も	住 所	〒287-0815 香取市佐原口 2127 番地						
	フリカゝナ 氏 名	カトリ イチロウ 香取 一郎						
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日						
再 交 付 の 理 由 (該当項目に○)		① 紛失 2 汚損・毀損 3 その他 ()						
備 考 欄								