

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					
	フリガナ 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					
加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証等 (子ども) の写しを添付します ※変更があった場合は「子ども医療費助成受給資格変更届」を提出してください						
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							