

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

年 月 日

香取市長 様

〒

申請者 住 所
(保護者) 氏 名

(子どもとの続柄)

電話番号

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	〒					
	フリカゝナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日					
加入医療保険		<input 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							