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 | 〒 | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 加入医療保険 | | □　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  （該当項目に〇） | | １　紛失  ２　汚損・毀損  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 備考欄 | |  | | | | | | |