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 |  |