

# 子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市

(保護者) 氏名

(続柄: )

電話番号

下記の理由により、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	氏名		受給者番号	
	生年月日	平・令 . . /平・令 . . /平・令 . .		
	住所	恵庭市		
再交付の理由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他			

※ 決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を再交付します。 2 次の理由により、上記申請を却下します。				
	却理	下由			
	課長	主査	担当	証交付	決定年月日
					令和 年 月 日

注 ※欄は、記入しないでください。