

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

(あて先)  
御宿町長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
個人番号 \_\_\_\_\_  
TEL ( )

下記のとおり、子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者氏名	個人番号	生年月日	受給者番号
		年 月 日	

申請の理由 1. 紛失  
2. き損  
3. 汚損  
4. その他 ( )

台帳	受給券

※処理欄

番号確認 : 番号カ・通知カ・住民票・他( )  
身分確認 : (1点)番号カ・免・旅券・他( )  
(2点)通知カ・保・他( )