

子ども医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....

氏名.....印

(電話 局 番)

次のとおり子ども医療費受給者証を再交付してください。

子どもの氏名		子どもの 生年月日	平成 年 月 日
受給者番号			
再交付の理由	損 傷 汚 損 亡 失		

注1 「再交付の理由」は、該当する にレ印を記入してください。

2 再交付の理由が損傷又は汚損の場合にあつては、損傷し、又は汚損した子ども医療費受給者証をこの申請書に添付してください。

受給者証