

子ども医療費受給資格証再交付申請書

Application for Reissue of Certificate of Eligibility for Children's Medical Aid

年 year 月 month 日 date

出雲市長 様
Mayor of Izumo City

申請者 Applicant

住 所 Address _____

氏 名 Name _____

電話番号 Tel. number _____ - _____

子ども医療費受給資格証の再交付を受けたいので、申請します。

I hereby apply for a reissue of the Certificate of Eligibility for Children's Medical Aid.

助成対象子ども Eligible Child	氏名 Name		申請者との続柄 Relationship to applicant	
	生年月日 Date of birth	年 year	月 month	日 date
	受給資格証番号 Certificate of Eligibility Number	第	号	
	申請理由 Reason for application	1 亡失 Loss of certificate 2 き損 Damage to certificate 3 その他 Other ()		
市記入欄	再交付	1 郵送 2 手渡		年 月 日
	備考			

(注) 1 受給資格証を破り又は汚した場合は、受給資格証を添付してください。
If your certificate is torn or dirty, please attach it with this application.

2 再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは速やかに返還してください。
If you find your lost certificate after receiving a reissued certificate, please return it immediately.