様式第９号（第１１条関係）

子ども医療費受給資格証再交付申請書
Formulário de aplicação de reemissão do certificado de qualificação de subsídio de despesas médicas da criança.

年 Ano　　月 Mês　　日 Dia

出雲市長　　様 Ao Sr Prefeito de Izumo.

申請者　住　所 Endereço requerente＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 Nome ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 Telefone ＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

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。

Solicito aplicação de reemissão do certificado de qualificação de despesas médicas da criança.

助成対象子ども Criança alvo subsídio	氏名 Nome		申請者との続柄 Relação com solicitante	
	生年月日 Data nascimento	年 Ano　月 Mês　日 Dia		
	受給資格証番号 Número certificado qualificação	第　　号 Número		
	申請理由 Motivo aplicação	1 亡失 Perda 2 き損 Dano 3 その他Outros（　　）		
市記入欄	再交付	1 郵送 2 手渡	年　月　日	
	備考			

注）(Observação)

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。
1 Favor anexar o certificado da qualificação, em casos de rasgar ou sujar.

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。
2 Após reemissão, favor devolver imediatamente, caso encontre o certificado de qualificação do subsídio.