

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

出雲市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

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。

助成対象子ども	氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
	受給資格証番号	第 号		
	申請理由	1 亡失 2 き損 3 その他 ()		
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。
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。