

こども医療費受給資格証再交付申請書

受給資格者	氏名							
	生年月日	年	月	日				
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入						
	こどもとの続柄	父 ・ 母 ・ その他()						
こども	受給者番号	/						
	氏名							
	生年月日	年	月	日				
こども	受給者番号	/						
	氏名							
	生年月日	年	月	日				
こども	受給者番号	/						
	氏名							
	生年月日	年	月	日				
<p style="text-align: center;">亡失 こども医療費受給資格証を 破損 したので再交付願いたく申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】住所 真岡市 氏名 電話</p> <p>真岡市長様</p>								

事務処理欄	受付日			発行日			
	システム入力	未	済	担当者			
	受給資格証発行	未	済				

(注) 太枠欄には、申請者は記入しないこと。