

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 桜井市長

申請者 住所

氏名

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

|               |           |       |           |  |
|---------------|-----------|-------|-----------|--|
| 受<br>給<br>者   | 受 給 者 番 号 |       |           |  |
|               | 氏 名       |       |           |  |
|               | 住 所       |       |           |  |
| 申 請 理 由       |           |       |           |  |
| ※ 再 交 付 年 月 日 |           | 年 月 日 | ※ 台 帳 整 理 |  |

- (注) 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。  
2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。  
3 ※欄は記入しないでください。