

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

住 所 _____

保護者 氏 名 _____

(申請者) 電 話 _____

※子との続柄 (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ _____)

下記の子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

記

子 ど も	受給者番号	1	2	3
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	住 所	1 保護者と同じ 2 その他 ()		
再交付の理由	1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ()			
備考				

【職員記載欄】※下記の項目をすべて満たす場合のみ、窓口での交付可

申請者の本人確認書類等	子との続柄	申請者住所
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他 ()	父 母 祖父 祖母	子と同住所