

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

保護者 (申請者)	住 所	
	氏 名	⑩
	電 話	

※子との続柄 ( 父・母・祖父・祖母・ )

(注) 本人署名の場合は、押印不要です。

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	
	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	1 保護者と同じ 2 その他 (〒 )
	生年月日	年 月 日生
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ( )	
備 考		

(注1) 記名押印に代えて署名することができます。

(注2) 子ども医療費助成受給券は、原則として子どもの住所地へ郵送します。

【職員記載欄】

【窓口交付要件】	身分証提示	親族確認	受領者住所
右の項目すべてを満たした場合のみ窓口交付できるものとする	運転免許証・健康保険証・パスポート	父・母・祖父・祖母	子と同居所