

記入例

様式第5号

子ども医療費助成受給券再交付申請書

(宛先) 佐倉市長

年 月 日

(保護者)
再交付申請できるかたは、原則として対象児童の両親です。ただし、対象児童と同居する親族が申請者となる場合は、申請を受け付けます。

住所 〒

保護者
(申請者)

氏名

電話

※子との続柄 (父・母・祖父・祖母・)

(受給者番号)
再交付する子ども医療費助成受給券の受給者番号を記入してください。

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		

(子どもの住所)
対象児童の住所を記入してください。保護者(申請者)と同住所の場合は、「1」に○をつけます。対象児童と住所が異なる場合は、「2」に○を付けたうえで、カッコ内に対象児童の住所を記入してください。

(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。

(受給券の交付)
頻発するDV事件や個人情報の漏えい事故等の防止を優先するため、原則として受給券は、子どもの住所地へ郵送する扱いとなります。なお、対象児童の両親及び同居の親族の方については、申請時に身分証明書を確認させていただくことで窓口交付を行います。ご家庭により事情が異なりますので、窓口交付希望の場合は、事前に子ども家庭課へお問い合わせください。

【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	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード	父・母・祖父・祖母	子と同住所