

# 子ども医療費助成（受給券再交付）申請書【記入例】

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

**【保護者】**  
再交付申請できるかたは原則、対象児童の同居の親族です。

住所 **佐倉市海隣寺町97番地**

---

氏名 **佐倉 大樹**

---

電話 **043-484-1111**

---

※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。

**【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。（受給者番号が不明であれば空欄で構いません。）

		記	
		1	2
子 ど も	受給者番号		
	フリガナ	<b>サクラ ミチヒロ</b>	
	氏名	<b>佐倉 満開</b>	
	生年月日	<b>平成28年 4月 2日</b>	年 月 日
	住所	<input checked="" type="radio"/> 1 保護者と同じ <input type="radio"/> 2 その他（	
再交付の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失 <input type="radio"/> 2 汚損・破損 <input type="radio"/> 3 その他（		
備考			

**【子どもの住所】**  
保護者（申請者）と子どもの住所が異なる場合は、カッコ内に子どもの住所を記入してください。

**【再交付する受給券について】**

- ◆原則、対象児童の住所地へ郵送いたします。
- ◆対象児童の同居の親族のかたに限り、本人確認書類を確認させていただいたうえで窓口にてお渡しすることも可能です。

頻発するDV事件や個人情報漏えい事故等の防止のため、ご了承ください。