

別記様式第5号(第5条関係)

決 裁					担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

<b>子</b> 子ども医療費受給者証再交付申請書				
受 給 者	氏 名	見附 太郎	児童との続柄	父
	住 所	見附市 昭和町2丁目1番1号		
児 童 氏 名		見附 一郎	生 年 月 日	平成〇年 〇月 〇日
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名	記入不要		
	記 号 ・ 番 号	_____		
	保 険 者 名	(裏面にお子さんの保険証の写しを添付して下さい。)		
子ども医療費受給者証を 破 損 したので再交付を申請します。 <b>亡 失</b>				
令和 〇 年 〇 月 〇 日				
住所 見附市 昭和町2丁目1番1号				
申請者 氏 名 見附 太郎				
(宛先) 見附市長				

- (注) 1 申請者氏名を自署しない場合は、記名押印をしてください。  
2 申請者は太枠欄を記入しないでください。