

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

名 取 市 長 あて

申請者（保護者）

住 所	
氏 名	
連絡先電話番号	()

破損
子ども医療費受給者証を
したので再交付を申請します。
亡失

《再交付を受ける方の氏名等を記入してください》

子どもの氏名			
子どもの生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
※受給者番号			

(※欄 記入不要)

市記入欄	本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()
------	--------	---