

我孫子市子ども医療費助成受給券再交付申請書

我孫子市長 あて

申請者 (保護者)	住所	〒
	電話	— —
	氏名	

次のとおり、受給券の再交付を申請します。

【再交付する子ども】

受給者番号																				
フリガナ																				
氏名																				
住所	〒 □申請者に同じ										〒 □申請者に同じ									
生年月日	年 月 日										年 月 日									
再交付の理由	該当する番号に○を付けてください。 1 紛失 2 破損・汚損（受給券を添付すること。） 3 その他（ ）																			

添付書類

我孫子市子ども医療費助成受給券（様式第 3 号）又は我孫子市高校生等医療費助成受給券（様式第 4 号）（紛失した場合を除く。）