

# 子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

別府市長

あて

申請者  
(保護者)

住所	〒 — —  電話 — —
氏名	子どもとの続柄 ( 印 )

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

記

受給者番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	性別	
	生年月日	平成 年 月 日
	住所	
再交付の理由	該当する番号に○をして下さい。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ( )	
備考		