

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

記入例

別

あて

※申請書は1人1枚必要です。

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。

| | | | | |
|------------|------|---|---------|---|
| 助成対象者(保護者) | 住所 | 別府市 上野口町△番〇号 別府マンション101号 | | |
| | 氏名 | 別府 市郎 | | |
| | 電話番号 | 080 - 1234 - 5678 | 子どもとの続柄 | <input checked="" type="radio"/> 父・母 その他 () |

申請書を記入する保護者様の
の
情報をご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 子ども | フリガナ | ベップ イズミ | | | | | | | | |
| | 氏名 | 別府 泉 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 平成 令和 29 年 4 月 1 日 | 受給資格者番号 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| | 住所 | ※助成対象者(申請者)と異なる場合のみ記入 | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | ※該当する番号に○をつけてください。 <input checked="" type="radio"/> 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 () | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

※市使用欄

受付

| | | | |
|--------------|-------|------|----|
| 本人確認 | | 有効期限 | 入力 |
| 1点 | 2点 | | |
| 免・在・個 旅・障 | 保・年・他 | | |