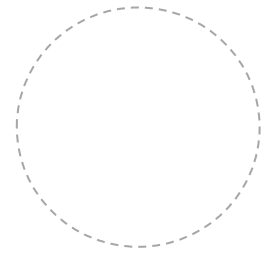


子ども医療費受給者証再交付申請書



妙高市長 宛て

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

届出者 (受給者)	住 所	〒 妙高市		
	氏 名	⑩ (自署した場合は押印不要)		電話番号
子ども	氏 名	生 年 月 日		受 給 者 番 号
		平成 令和 年 月 日		
		平成 令和 年 月 日		
		平成 令和 年 月 日		
		平成 令和 年 月 日		
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※市役所処理欄

受給者証 窓口交付
月 日 郵送交付