

子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

木更津市長 様

申請者 (保護者)	住 所	〒 292-8501 木更津市 朝日 3-10-19
	連 絡 先	TEL 0438-25-1350
	氏 名	木更津 太郎 (子どもとの続柄 父 )

保護者として登録している方を記入

木更津市子ども医療費助成規則第9条第1項の規定により、下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

記

受給者番号は、紛失などで不明の場合は空欄で可

受 給 者 番 号		
子 ど も	フリガナ	キサラツ アサヒ キサラツ フジミ
	氏 名	木更津 朝日、木更津 富士見
	住 所	〒 同 上
	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
再 交 付 の 理 由	該当する項目に○をしてください。 ① 紛失 ② 汚損・き損 ③ その他 ( )	
備 考		

複数名いる場合は、枠内に続けて記入