

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	〒 木更津市
	連 絡 先	TEL
	氏 名	(子どもとの続柄)

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、下記の子どもの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		
子 ど も	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 木更津市
	生 年 月 日	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		