

こども医療費受給者証再交付申請書

こども	氏名	生年月日	受給者番号					
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
こどもの住所	明石市							
申請理由	<input type="checkbox"/> なくした <input type="checkbox"/> 破れた・汚した <input type="checkbox"/> 届かない <input type="checkbox"/> その他 ()		※受給者証が見つかった場合、破れた・汚した受給者証がお手元にある場合は返却してください。					

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日
(申請者) 氏名

続柄 父 母 その他 ()

住所 こどもと同じ
その他 ()

明石市長様 電話 (- -)

事務処理欄	受付者	証発行	D処理		受付印
		<input type="checkbox"/> 窓口【※要確認】 <input type="checkbox"/> こども住所 <input type="checkbox"/> 本人確認(免許・個カ・()) <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	入力	確認	