

【記入例】

子ども医療費助成受給券再交付申請書

平成28年 8月 1日

印西市長 様

〒270-1396

住所 印西市大森2364-2

申請者 氏名 印西 太郎  父
(保護者) ※

子どもとの
続柄

電話番号 0476-42-5111

次のとおり、子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

対象となる子ども	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	インサイ タロウ							
	氏名	印西 一郎				生年月日	平成22年 3月 3日		
	受給者番号	2	3	4	5	6	7	8	
	フリガナ	インサイ ジロウ							
	氏名	印西 二郎				生年月日	平成23年 4月 4日		
	受給者番号								
フリガナ									
氏名					生年月日	年 月 日			
申請の事由	該当する項目に○をしてください。 1 き損・汚損 ② 紛失 3 その他 ()								
備考									

※ 氏名を自署することにより、押印を省略することができます。