記 載 例

様式第７号（第 10 条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書

提出日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

尾 道 市 長 様

申請者は受給者証に記載されている保護者の方になります。

受給者証の再交付は、窓口受付から約１週間かかります。
※郵送にてお送りします。お急ぎのときは予めご相談ください。

申請者
住所　**尾道市〇〇町〇〇〇〇番地**
氏名　**尾道太郎**
TEL　**123-4567-8910**

必ず日中連絡が取れる番号をご記入ください。

次の理由により、受給者証の再交付を申請します。

受給者証番号		
受給者	氏名	**尾道二郎**
	生年月日	**H〇〇．〇〇．〇〇**
	住所	**尾道市〇〇町〇〇〇〇番地**

受給者証の再交付が必要な子について記入してください。

申請理由	
理由に〇をつけてください。 1　なくした 2　やぶれた 3　よごれた 4　その他（　　）	
再交付申請日	**R〇．〇〇．〇〇**

該当理由に〇

４その他　の場合は理由もご記入ください。

申請日をご記入ください。