様式第９号（第１５条関係）

年　　月　　日

我孫子市子ども医療費助成受給券再交付申請書

我孫子市長　あて

申請者（保護者）	住所	〒
	電話	－　　－
	氏名	

次のとおり、我孫子市子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

【再交付する子ども】

受給者番号																					
フリガナ																					
氏名																					
住所	〒　□申請者に同じ							〒　□申請者に同じ							〒　□申請者に同じ						
生年月日	年　月　日							年　月　日							年　月　日						
再交付の理由	該当する番号に○を付けてください。 １　紛失 ２　破損・汚損（受給券を添付すること。） ３　その他（　　）																				

添付書類

我孫子市子ども医療費助成受給券（様式第２号）（紛失した場合を除く。）