

子ども医療費受給者証再交付申請書

記入例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

江南市長

申請者 住所 江南市赤童子町大堀○○番地

受給資格者の住所・氏名等を記入してください。

氏名 江南 太郎

電話 0587-54-1111

下記のとおり申請します。

再交付を希望されるお子さまの住所・氏名等を記入してください。複数人の申請も1枚でできます。

受給者番号		3 1 8 —
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日 令和
申請理由		1 破損 2 紛失 3 その他
備考		

確認書類	免マ他	委任確認	保マ	通手受	入力
------	-----	------	----	-----	----

様式第3 (第4条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者 住所

氏名

電話

下記のとおり申請します。

受給者番号	3 1 8 -	
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日 令和
申請理由	1 破損 2 紛失 3 その他	
備考		

確認書類	免マ他	委任確認	保マキヤ	通手受	入力
------	-----	------	------	-----	----