

こどもの医療費受給者証再交付申請書

阿 南 市 長 宛 て

阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

届 出 年 月 日		年 月 日		☐ 入力済	
申 請 者 (受 給 者)	住 所				
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話 ()		
代 理 人 (窓口に来た方)	住 所	☐ 申請者と同じ			
	ふりがな			申請者との続柄 ()	
	氏 名				
こ ど も	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 代理人と同じ 阿南市			
	氏 名		受 給 者 番 号	生 年 月 日	
				年 月 日	
	氏 名		受 給 者 番 号	生 年 月 日	
				年 月 日	
氏 名		受 給 者 番 号	生 年 月 日		
			年 月 日		
理 由	該当するものにレ点を付けて再交付年月日を記入してください。				
	☐ 紛 失 ☐ 汚 損		年 月 日		
	☐ その他 ()				

※市役所・支所・住民センター記入欄

本 人 確 認 欄	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード
	☐ パスポート ☐ その他 ()
郵 送 確 認 欄	☐ 窓口 ☐ 発送日 /

受 付 印

()住民センター