

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申請書
こどもの医療費受給者証に記載されている保護者の住所、氏名、生年月日、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

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	来庁者の氏名を記入(受給者本人の場合は不要)してください。			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	お子さまの氏名、生年月日、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)を記入してください。	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