

子ども医療費受給者証再交付申請書

安 城 市 長

注意 1 太枠の中のみ記入してください。
2 のところは、該当するものに✓印を付けてください。

届出日 令和 ○ 年 月 × 日

申請者 (保護者)	住 所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号		
	氏 名	安城 太郎	電 話	0566-71-2232
受 給 者 番 号		3 1 3 × × × × × ×		
子 ど も	氏 名	安城 花子		
	生 年 月 日	令和 3 年 1 月 1 日		
再交付申請の理由		破 っ た 汚 し た ✓ 失 っ た そ の 他 ()		

添付書類 子ども医療費受給者証 (破ったとき又は汚したとき)

根拠規定 安城市子ども医療費助成条例施行規則 様式第 3 (第 6 条関係)

受 給 者 番 号

--	--	--	--	--	--