

子ども 医療費受給者証 再交付申請書

＜受給者証を再交付する方＞

氏名		生年月日	個人番号										
1	フリガナ	年 月 日	市処理欄	課・初									
2	フリガナ	年 月 日	市処理欄	課・初									
3	フリガナ	年 月 日	市処理欄	課・初									
4	フリガナ	年 月 日	市処理欄	課・初									

住所	(建物名等)
----	--------

＜再交付を申請する理由＞

いずれかに○	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他()
--------	-----------------------------

＜申請者＞（保護者）

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
上記の理由により、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	署名	個人番号				
		電話番号	- -			
住所	<input type="checkbox"/> 受給者証を再交付する方と同じ（記入不要）		続柄	受給者証を再交付する方から見て		
	(建物名等)					

北見市使用欄

本人確認	備考	受給者証		
①番・免・パ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他() 代理権確認手段 保険証 障害者手帳・委任状 他()		<input type="checkbox"/> 窓口交付 (. .) <input type="checkbox"/> 郵送 (. .)		
		第 4 類		
		課長	係長	係

