

書き方見本

受給者証は郵送でお送りします。

こども医療費受給者証再交付申請書

こども	氏名	生年月日	受給者番号			
	明石 はるか	令和2年 4月 10日				
		年 月	受給者番号は分からない場合は空欄でかまいません			
		年 月 日				
		年 月 日				
こどもの住所	明石市 中崎1丁目5-1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">こどもの住所を記入してください</div>					
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> なくした <input type="checkbox"/> 破れた・汚した <input type="checkbox"/> 届かない <input type="checkbox"/> その他 () <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">該当するものに✓を入れてください</div>					

※受給者証が見つかった場合、破れた・汚した受給者証がお手元にある場合は返却してください。

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

記入した日

(申請者) 氏名 明石 波男

続柄 父 母 その他 ()

住所 こどもと同じ

その他

住所がこどもと異なるときは
□その他に✓をして()に記入

明石市長様

電話 (090 - 0000 - 0000)

事務処理欄	受付者	証発行	印
		<input type="checkbox"/> 窓口【※要確認】 <input type="checkbox"/> こども住所 <input type="checkbox"/> 本人確認(免許・個力・()) <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	