

# 記入例

様式第4号

## 子ども医療費受給資格証再交付申請書

記入日 → 令和 ● 年 4 月 1 日

申請される方（保護者様）のご住所とお名前、連絡先の記入をお願いします。

住所 宮崎市 宮崎駅東1丁目6番2

申請者

氏名 宮崎 太郎

電話 090-0000-□□□□

資格証を再発行したいお子さんの名前と生年月日を記入してください。

子ども	フリガナ	ミヤザキ ハナコ	生年月日
	氏名	宮崎 花子	平成30年 1月 2日

再交付申請の理由

- 1 破損又は汚損
- 2 紛失
- 3 その他 ( )

該当する理由に○をつけてください。  
3の場合は( )内の記入もお願いします。

再交付申請の理由が破損または汚損の時は、  
子ども医療費受給資格証を添えて 提出してください。

注意事項 再交付申請の際は、申請書と併せて提出してください。

- 窓口職員確認：
- 申請者の本人確認書類の確認
  - 委任状（代理人のみ）