

様式第4号

子ども医療費受給資格証再交付申請書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

住所 宮崎市

申請者

氏名

電話

次のとおり、子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

子ども	フリガナ	生 年 月 日		
	氏 名	年 月 日		
再交付申請の理由				
1 破損又は汚損				
2 紛失				
3 その他 ()				
備 考				

注意事項 再交付申請の理由が破損又は汚損のときは、受給資格証を添えて提出してください。

窓口職員確認：	<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の確認
	<input type="checkbox"/> 委任状（代理人のみ）