

|      |     |     |            |
|------|-----|-----|------------|
| 本人確認 |     |     |            |
| 身分証  | 写真有 | 本人  | 免・マ・パ・他( ) |
|      | 写真無 | 確認証 | 資・ひ医・他( )  |

こども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府中市

(居 住 地)

氏 名

個人番号

電話番号

次のとおり届け出ます。

|   |   |
|---|---|
| (ふりがな)<br>子どもの氏名  | ----- 男・女   |
| 個人番号  |   |
| 受給者番号   |   |
| 生年月日  | 年 月 日   |
| 子どもの住所<br>(居 住 地)                                       | 府中市   |
| 事 由   | <input type="checkbox"/> 破いた<br><input type="checkbox"/> 汚した<br><input type="checkbox"/> なくした<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 受給者証を受領しました。<br>(自署)<br>_____                           |   |
| ※ 以下は記入しないでください<br><input type="checkbox"/> 入力日 ( . . ) |   |