年　　月　　日

川南町長　　　　　　　様

申請者　　　住　　所　　川南町大字

（保護者）　　氏　　名

（子どもとの関係　　　　）

電話番号

個人番号

子ども医療費受給資格証再交付申請書

受給資格証の再交付を受けたいので、川南町子どもの医療費助成に関する条例施行規則（平成２７年川南町規則第１４号）第５条第３項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 子ども | ふりがな |  | 男・女 | 生年月日年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住　所 | □申請者（保護者）と同じ。 |
| 医療保険 | 保険種別 |  |
| 記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 付加給付 | 有　・　無 |
| 再交付の理由 | □紛失　　□汚損・破損　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 |  |

注　再交付の理由が「汚損・破損」の場合は、その受給資格証を添付してください。