

函館市子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

函 館 市 長 様

(番地)

住 所 函館市 町 丁目 番 号

申請者 氏 名

受給者との続柄

電 話

次のとおり子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者	受給者証の 受給者番号			
	氏 名			
	生 年 月 日	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和
	住 所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号		
保護者	氏 名			
	住 所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号		
理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 そ の 他			
備 考			再 交 付 年 月 日	
			※ 令和 年 月 日	

注 ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認	受 付	入 力	検 証

受 付 印