

(記載例)

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)

保護者について記載してください。

住所 函館市 東雲 町 1 丁目 4 番 13 号  
申請者氏名 市役所 太郎  
受給者との続柄 父  
電話 0138-21-3181

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	0001234		
	氏名	市役所 緑		
	生年月日	平成 令和 8年 1月 1日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
	住所	函館市 東雲 町 1 丁目 4 (番地) 13 号 番		
保護者	氏名	市役所 太郎		
	住所	函館市 東雲 町 1 丁目 4 (番地) 13 号 番		
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	