様式第９号（第１１条関係）

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

　申請者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

山元町子ども医療費の助成に関する条例施行規則第11条の規定により、次のとおり再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | フリガナ | | | | | | |  | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 子　ど　も | 受給者番号 | | | | | | |  | 性別 | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 再交付理由 | | | | | | | | □ 紛失  □ 破損  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 処 理 欄 | 起案日　　　年　　月　　日 | | |  | | 受付印 |
| 交付方法（ 郵送 ・ 窓口 ） | | | 証交付日　　　年　　月　　日 | |
| 課長 | 参事 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |