

受付印

様式第6号

大分市子ども医療費助成受給資格者証再交付申請書

年 月 日

大分市長 殿

受給者 住 所 大分市
氏 名
TEL

次のとおり大分市子ども医療費助成受給資格者証の再交付を申請します。

| | | | | | | | |
|---------------|---------|----|---|---|---|--|--|
| 子 ど も | 氏 名 | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 申請理由 | | | | | | | |
| 1. 亡 失 (理由:) | | | | | | | |
| 2. 毀損・汚損 | | | | | | | |
| 3. その他 () | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | |

備考 毀損し、又は汚損したときは、受給資格者証を添付してください。

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| 大分市記入欄 (小・中学生のみ) | 子ども医療費助成 (非課税世帯) の認定 (有 ・ 無) |
|---------------------|--------------------------------|