

## 【記入要領】

様式第3号(第4条関係)

証交付：済（ / ）・未

こども医療費受給資格証再交付申請書			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     受給資格証の2段目の番号を記入してください。紛失の場合は記入不要です。                 </div>			
	受給者番号	生年月日	
受給資格者	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     保護者について記入してください。                 </div>		
	住所		
	加入保険	記号・番号	
		保険者名	
対象のこども	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     再交付が必要なお子さんについて記入してください。                 </div>		
	氏名	生年月日	
	住所	給資格者との柄	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     該当する方に○をつけてください。                 </div>			
こども医療費受給資格証を 破損 したので再交付願いたく申請します。 亡失			
年 月 日		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     提出する日付を記入してください。                 </div>	
(宛先) 埼玉県北本市長			
			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     保護者の住所と氏名を記入してください。                 </div>
		住所	
		申請者	
		氏名	

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給資格証を添えて提出してください。