

## こども医療費受給者証再交付申請書

(宛先) 狭山市長

受付印

こども医療費受給者証の再交付を申請します。

世帯

令和 年 月 日

対象児童	氏名		生年月日		受給者番号						宛名コード	
	1		平	・	・							
	2		平	・	・							
	3		平	・	・							
	4		平	・	・							
	5		平	・	・							
受給者 (保護者)	フリガナ										男・女	宛名コード
	氏名											
	生年月日	昭 平	・	・	対象児との続柄	父・母 ( )						
	住所	狭山市									TEL ( )	
<p>こども医療費受給者証 同意欄 はい・いいえ いずれかに必ず「○」を記入してください</p> <p>ジェネリック医薬品の処方が可能であれば希望します はい・いいえ ※「はい」の場合、受給者証に印字されます</p>												
再交付理由	1 紛失			2 破損			3 その他( )					
受付		受給者証 発行		/ 交付・送付								

必要書類……対象児童の保険証の写し