様式第八号（第十条関係）

※※ 第　　号	※市　町　村 受付年月日	令和　　・　　・

児童扶養手当証書　再交付申請書／亡失届

①受給資格者 （ふりがな） 氏名		②証書番号	
③受給資格者 住所	〒　　－ 熊本市　　TEL（自宅） （携帯）		
④理由	イ　破損した　　ロ　汚した　　ハ　亡失した		

上記のとおり、児童扶養手当証書を失ったので再交付について届け出ます。

令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

熊本市長　宛

私は、この申請をもって熊本市ひとり親家庭等医療費助成受給資格者証の再交付について届け出ます。

再交付申請理由　【イ　破損した　　ロ　汚した　　ハ　亡失した 】

再交付申請するひとり親家庭等医療費助成受給資格者証番号【　　】

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

熊本市長　宛

備考	

◎ ※、※※の欄は記入する必要はありません。
◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

【注意】

（1）証書番号がわからないときは、区役所又は総合出張所でたずねてください。
（2）証書を破ったり、汚したりしたときには、その証書を添えて提出してください。
（3）④の欄はイからハまでのどれかに該当するものを○で囲んでください。

本人申請の場合			
確認書類	・身分証明書 ・その他（　　）	交付の方法	窓口(即日)　・　郵送(後日)
代理申請の場合			
確認書類	・委任状 ・代理人の身分証明書 ・その他（　　）	公簿確認	受給者との続柄（　　）
		交付の方法	窓口(即日)　・　郵送(後日)
		送付【令和　　年　　月　　日】	

処理経過			
入力	二次審査	一次審査	受付

児童手当	子ども医療	管轄区
済・未	済・未	北・西・中央・東・南