

# こども 医療費受給者証 再交付申請書

## <受給資格者>（養育者）

熊本市長 様(宛) 上記の理由により、こども医療費受給者証の再交付を申請します。		(申請日)	年	月	日
フリガナ		生年月日			
署名		電話番号	- -		
住所	(建物名等)	続柄	受給者証を再交付する方から見て		

## <受給者証を再交付する方>

氏 名		生年月日	受給者番号								
1	フリガナ		二								
2	フリガナ		二								
3	フリガナ		二								
4	フリガナ		二								

## <再交付を申請する理由>

いずれかに○	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 郵便物未着 4. その他 ( )
--------	------------------------------------

## 熊本市使用欄

本人確認	来庁者	備 考	受 給 者 証	
①番・免・バ・手帳 他 ( )	<input type="checkbox"/> 資格本人 <input type="checkbox"/> 代理人( )	<input type="checkbox"/> ひまわりカード済 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当済	<input type="checkbox"/> 窓口交付 ( . . ) <input type="checkbox"/> 郵送 ( . . )	
②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ( )	代理権確認手段 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 公簿等( )	<input type="checkbox"/> ひとり親医療済 <input type="checkbox"/> 保険変更なし		
③ヒア			主査	係員

