

様式第10号（第12条関係）

川越市子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(提出先)  
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例施行規則第12条の規定により、次のとおり再交付を申請します。

申請者	住所	電話番号				
	フリガナ					
	氏名					
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、ご記入ください。				
	受給者番号					
	フリガナ				生	年 月 日
	氏名				年	月 日
申請理由	破損 ・ 亡失					

※受付職員記入欄※

受給資格証交付（ 済 ・ 未 ）

受給者番号 \_\_\_\_\_

連絡事項 \_\_\_\_\_

※子ども政策課記入欄※

登録年月日 年 月 日

登録者 \_\_\_\_\_

確認者 \_\_\_\_\_