第１２号様式（第１９条関係）

旭市子ども医療費助成受給券再交付申請書

年　　月　　日

旭　　市　　長

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者
（保護者）</td><td>住 所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電 話
番 号</td><td colspan="3">自宅　　―　　―
携帯　　―　　―</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">子ども
との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

子ども医療費助成受給券の再交付を次のとおり申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">受 給 者 番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">子
ど
も</td><td>ふ り が な</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="7">□申請者に同じ
〒</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>名　　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>保 険 者 名</td><td colspan="2"></td><td>認定年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被保険者名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>記 号 番 号</td><td>記　号</td><td colspan="2"></td><td>番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再 交 付 の 理 由</td><td colspan="7">該当する項目に〇をしてください。
１　紛失
２　汚損・破損
３　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>