

様式第 8 号(第 7 条関係)
子ども医療費・ひとり親家庭等医療費 受給資格証再交付申請書

和水町長 様

和水町子ども医療費助成に関する条例施行規則及び和水町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則の規定に基づき、次のとおり申請します。受給者証交付のために必要となる世帯に係る所得等の状況について、公簿等で確認することに同意します。

受給者	住 所	和水町		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	昼間つながる電話番号	受給者でない方の電話番号を書いた場合は職員へお知らせください。		

※基本受給者は、児童手当の受給者と同じ保護者です。

対象者		氏 名	生年月日	子ども医療 受給者証の番号	ひとり親家庭等医療 受給者証の番号
	1	受 給 者	同 上		
	2		年 月 日		
	3		年 月 日		
	4		年 月 日		
	5		年 月 日		

再交付の事由： 1 紛失 2 破損 3 その他（ ）

※破損の場合、現在お持ちの受給者証を添付してください。

-以下、職員記入欄-----

供 覧	課 長	課長補佐	係 長	参事	係 員	係	証交付（有・無）	

伺) 申請がありましたので、受給者証を再交付してよろしいか。