第３号様式（第６条第１項）

【再交付】

**浦安市子ども医療費助成受給券再交付申請書**

令和　　年　　月　　日

　浦安市長　内田　悦嗣　様

(〒　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　浦安市

申請者　氏　　名

電話番号

次の子どもに係る浦安市子ども医療費助成受給券の再交付を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象の子ども | 住所 | □同上 | | |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 平成・令和  年 月　日 |
| 氏 名 |  |
| 保護者との続柄 |  |
| 再交付の理由 | | 該当する項目に○をしてください。  　１　紛失  　２　毀損・汚損  　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備　　考 | |  | | | |