

- ・ 子ども又は申請者の本人確認書類と一緒に送ってください。
- ・ 後日再発行した受給者証をお送りいたします。

受給者番号

記入例

子ども医療費受給者証再交付申請書

記入日

令和●●年 ○月 ×日

(宛先) 沼津市長

記入する方

住所 沼津市御幸町16番
 申請者 (TEL 055-000-△△△△)
 氏名 沼津 太郎

子ども

氏名 沼津 花子
 受給者
 生年月日 平成 ○○年 ●月 ◇日
 令和

下記の理由により、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

<p>当てはまるものに○をつける</p> <p>申請の理由</p> <p>〔該当する番号を○で囲んでください。〕</p>	① なくなった
	2 やぶれた
	3 よごれた
	4 その他 〔届かなかった、など〕

↓ 郵送先 (切り取ってお使いください。)

〒410-8601
 沼津市御幸町16番1号
 沼津市役所 子ども未来創造課
 子ども医療費担当 行

(問い合わせ)
 沼津市役所
 子ども未来創造課
 子ども手当係
 電話：055-934-4827