

用紙を記入し、お子様の保険証のコピー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

(あて先) 沼津市長

記入する方

申請者

住所 沼津市御幸町16番

(TEL 055-000-△△△△)

氏名 沼津 太郎

お子様

受給者

氏名 沼津 花子

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

当てはまるものに○をつける

申請の理由

該当する番号を○で
囲んでください。

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 子ども家庭課
子ども医療費担当 行

(問い合わせ)
沼津市役所 子ども家庭課
子ども手当係
電話：055-934-4827