

申請する年月日を記入してください。

三沢市子ども医療費受給資格証再交付申請書

令和3年3月15日

（あて先）三沢市長

保護者の情報を記入してください。基本的に、**保険証の扶養者**が保護者となります。電話番号は、日中連絡のつく番号を記入してください。

保護者住所 **三沢市桜町1丁目1-38**

保護者氏名 **三沢 太郎**

電話番号 **080-1234-1234**

お子様の情報を記入してください。生年月日は、西暦でも和暦でもどちらでも構いません。

下記の理由により、三沢市子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者氏名 (生年月日)	三沢 次郎 令和元年 1 月 1 日
受給資格証番号	0012345 (資格証に記載の7桁の数字を記入してください。)
理由	1 受給資格証を失ったため 2 受給資格証の破れ、汚れが著しく使用に堪えないため 3 その他 ()

理由を記入してください。

(注意) 破れ又は汚れを理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。