

# 子ども医療費 受給者証再交付申請書

## 京都市子ども医療費

(宛先) 京 都 市 長	年      月      日
申請者の住所 京都市      区 電話                      ー	申請者の氏名  子どもとの続柄 (                      )

京都市子ども医療費支給条例施行規則第5条第1項の規定により															
<input type="checkbox"/> 子ども医療費 受給者証の再交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 京都市子ども医療費															
受給者 (保護者)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">住所</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ  <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">電話                      ー</div> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">氏名</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">電話                      ー</div>	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> </tr> </table>	受給者番号									
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">電話                      ー</div>														
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">受給者番号</td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 5%; padding: 2px;"> </td> </tr> </table>	受給者番号													
受給者番号															
子ども	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">住所</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">氏名</td> <td style="padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	氏名											
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ														
氏名															
申請の理由	<input type="checkbox"/> 破れた。 <input type="checkbox"/> 汚れた。 <input type="checkbox"/> 紛失した。 <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">紛失したときは、以下にその事情を記入してください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin: 10px 0;"></div>														

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
 2 破れたとき、又は汚れたときは、その受給者証を添えてください。

※本市使用欄

上記の申請に基づき再交付することを決定する。  <div style="text-align: center;">年      月      日</div>	課 長	係 長	係 員