

# 子ども医療費 京都市子ども医療費 受給者証再交付申請書

(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)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話                      ー
子 ども	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;">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。  <p style="text-align: right;">年      月      日</p>	課 長	係 長	係 員