第８号様式（第９条第１項）

八千代市子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）　八千代市長

住所　八千代市

申請者　氏名
（保護者）
電話

次のとおり，子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

子ども	氏　　名	
	住　　所	
	生　年　月　日	平成・令和　　年　　月　　日　生
再交付の理由		該当する項目に〇をしてください。 １　紛失 ２　汚損・破損 ３　その他（　　）
備　　考		