

# 高槻市子ども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)

高槻市長

|              |
|--------------|
| 申請者          |
| 住所 高槻市 _____ |
| 氏名 _____     |
| 電話 _____     |

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

| 申請理由 |       | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 |  |  |  |  |  |
|------|-------|---|--|--|--|--|--|
| 受給者  | 受給者番号 |   |  |  |  |  |  |
|      | 住所    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                         |  |  |  |  |  |
|      | フリガナ  |   |  |  |  |  |  |
|      | 氏名    |   |  |  |  |  |  |
|      | 生年月日  | 年 月 日   |  |  |  |  |  |

資格日 ( 年 月 日)

有効期限 ( 年 月 日～)

| 交付日 | 担当者 | 出力者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |