

		資格証		年 月 日 交付・送付	
子ども医療費受給資格証再交付申請書					
年 月 日					
和光市長 様					
子ども医療費受給資格証を（破損・紛失）したので、再交付を申請します。					
受給資格者	ふりがな		子どもとの関係	生年月日	
	氏 名		父・母	年 月 日	
	住 所	和光市			
子ども	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名		資格証番号		
子ども	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名		資格証番号		
子ども	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名		資格証番号		

※本人確認書類の写し（マイナンバーカードの表面、運転免許証、在留カード等）を添付してください。

写しの添付