

即日発行 済/未
住基反映 済/未

第3号様式（第5条関係）

戸田市子ども医療費受給資格者証再交付申請書		
(宛先) 戸 田 市 長		年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話
次のとおり、受給資格者証の再発行を申請します。		
受給資格者	フリガナ氏名	※申請者と異なる場合のみ記入
	住 所	※申請者と異なる場合のみ記入 電話()
対象子ども	フリガナ氏名	生 年 月 日
		年 月 日
再発行理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 在留資格の延長 <input type="checkbox"/> その他 ()	

受給資格者証 番 号	
--------------------------------	--

決 裁	市 長	副市長	部 長	次 長	課 長	主 幹	副主幹

身分証 有/無

受給資格者証回収 済/未