

高槻市子ども医療証再交付申請書

令和 XX年 XX月 XX日

(宛先)

高槻市長

申請者
住所 高槻市 <u>桃園町2番1号</u>
氏名 <u>高槻 太郎</u>
電話 <u>072-XXX-XXXX</u>

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

子ども医療証の受給者番号がわからない場合は、記入不要です。

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損
受給者番号	X X X X X X X
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ	<u>タカツキ ハナコ</u>
氏名	<u>高槻 花子</u>
生年月日	令和 XX年 XX月 XX日

交付日	担当者	出力者