

# 新潟市こども医療費助成 受給者証再交付申請書

(宛先) 新潟市長

申請日 令和 年 月 日

新潟市こども医療費助成受給者証を

☐ 汚損  
☐ 亡失

したので再交付を申請します。

受給者番号					
受給者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日 平成
	氏 名	印 (本人が署名した場合は、押印不要です。)			
	電話番号			こども との続柄	
	住 所				
こども	フリガナ		性 別	生年月日	平成 年 月 日 令和
	氏 名		男・女		
	住 所	新潟市			
備 考					

注 太線の枠内のみ記入してください。