

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	
	氏名				平成				
	電話番号			こどもとの続柄					
住所									
子ども	フリガナ			性別	生年月日	平成	年	月	日
	氏名								
	住所	新潟市							
備考									

注 太線の枠内のみ記入してください。

受付： _____ 入力： _____