

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者(受給資格者)氏名 _____

電話 (_____) _____

亡失
子ども医療費受給資格証を 破損 したので再交付を申請します。
汚損

受給資格者 (保護者)	住 所			
	氏 名		生年月日	
子ども	①	氏 名		生年月日
		続 柄		受給者番号
	②	氏 名		生年月日
		続 柄		受給者番号
	③	氏 名		生年月日
		続 柄		受給者番号

※再交付理由が破損又は汚損のときは、原本を添付してください。