

第4号様式

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所

氏 名

㊟

申 請 理 由 該当する項目の 番号を○でかこ んでください	1 やぶれた
	2 よごれた
	3 なくなった
受給資格者証番号	
子 ど も	氏 名
	生 年 月 日

注1 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

※ この 欄は 市に お い て 記 入	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日