

子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書

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 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。

※ この 欄は 記入 に	決 裁	所 長	次 長	係 長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日