

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 市に おい て記 入	決 裁	課 長	補 佐	係 長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日