

子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書

年 月 日

肝付町長 様

申請者 住所  
氏名

申請理由		1 破れた 2 汚れた 3 なくなった
該当する項目の 番号を○で囲ん でください		
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。

受給資格者証受領の確認

年 月 日受領

受領確認