

様式第3号(第6条関係)

すこやか子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

山中湖村長 殿		年 月 日	
		申請者 住 所 山中湖村	
		(保護者) 氏 名 _____ ① (自署の場合押印省略可)	
		電 話 ()	
フリガナ		生年月日	年 月 日
子ども氏名			
受給者番号			
再交付届出日 年 月 日	年 月 日		
再交付理由	<input type="checkbox"/> 汚 損 <input type="checkbox"/> 破 損 <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の事項			

※ 受給者証を紛失した場合以外は、受給者証を添付すること。