様式第３号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 決裁権者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 受付 | 　　年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 交付 | 　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| こども医療費受給資格証再交付申請書 |
| 受給資格者 | 氏名 | 個人番号： | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　 | こどもとの続柄 | 　 |
| 加入保険 | 　 |
| 受給資格証番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| こども | 氏名 | 個人番号： | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 　 |
| 　 |
| 　こども医療費受給資格証を | 破損亡失 | したので、再交付を申請します。 |
| 　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　神川町長　　　　様 |