

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						
<p>こども医療費受給資格証を破損したため、再交付を申請します。 <small>破損 亡失</small></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名</p> <p>神川町長 様</p>							