

様式第4号(第5条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(宛先)

東温市長

住 所

申請者

氏 名

下記のとおり、子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給資格者	住 所	☐ 申請者住所に同じ		
	氏 名	☐ 申請者に同じ	乳幼児 と の 続 柄	
資 格 証 番 号		子 ど も の 氏 名	生 年 月 日	
再交付理由 1 紛失 2 破損 3 汚損				

(注) 再交付理由が2又は3の場合は、受給者証を添付してください。