

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 印

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	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 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。