

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年	月	日
---	---	---

江 北 町 長 様

申 請 者 (保 護 者)	住 所	
	氏 名	(受給者との続柄)

下記の受給者に係る子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

記 ()

受 給 者 番 号							
受 給 者	フリガナ				男・女	生年月日	
	氏 名					年 月 日	
	住 所						
再交付の理由 (具体的に)		1 紛 失 2 汚損・破損 3 その他					
備 考					世帯コード		