

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

子 ど も	受給者番号			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
再 交 付 の 理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()			

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

決 定 欄	町 長		副 町 長		課 長		係 長		係		決 定 年 月 日	年 月 日
	1 上記申請書内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。											
	却下理由											