様式第3号(第3条関係)

|  |
| --- |
| こども医療費助成金受給資格者証再発行申請書年　　月　　日　　　　　　　様住所　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞　 |
|  | 申請理由該当する項目の番号を〇で囲んでください　　 | 1　破れた2　汚れた3　なくした |  |
| 受給資格者証番号 |  |
| こども | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 |
| 注　受給資格者証をなくしたとき以外は、受給資格者証を添えてください。 |