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。 | | | | |