五戸町子ども医療費受給者証再交付申請書

　　　年　　　月　　　日

五戸町長　　　　　　　　様

住所

申請者

　　　　　　　　　　　　　氏名

　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 子どもの氏名（生年月日） |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受給者証番号 |  |
| 理由 | 　１　受給者証をなくしたため　２　受給者証の損傷、摩滅が著しく使用に堪えないため　３　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）損傷又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。