

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。