様式第４号

子どもの医療費受給者証再交付申請書

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により、子どもの医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  給  対  象  者 | 受給者証 | 第　　　　号 |  |  |
| 記号・番号 |  |
| 住　　所 | 苫前町字 | | |
| 氏　　名 |  |  | 年　　月　　日生 |
| 理  由 | 1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |