

様式第3号（第3条第2項関係）

子ども医療費受給資格証再交付申請書				
受給資格者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	宝達志水町		続柄
	加入保険			
	上記の記号番号			
	上記の記号番号			
対象子ども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	宝達志水町		
<p style="text-align: center;">破損 子ども医療費受給資格証を したので、再交付願いたく申請します。 亡失</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 宝達志水町 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>宝達志水町長 様</p>				