

様式第3号

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	/	受付	令和	年	月	日
						交付	令和	年	月	日
						決裁	令和	年	月	日

こ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	昭和・平成 年 月 日
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入	こどもの続柄	父・母 その他()
こども	受給者番号		/	
	氏名			
こども	受給者番号		/	
	氏名			
こども	受給者番号		/	
	氏名			

亡失
こども医療費受給資格証を
破損
したので再交付願いたく申請します。

令和 年 月 日

住所 真岡市

申請者 氏名

印

電話

真岡市長様

(注) 太枠欄には、申請者は記入しないこと。