

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
	記載例					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	真岡 太郎						生年月日	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日
	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	1	2	3	4	5	6	7	
	氏名	真岡 いちご						生年月日	平成・令和 〇年〇〇月〇〇日
こども	受給者番号								
	氏名							生年月日	平成・令和 年 月 日
こども	受給者番号								
	氏名							生年月日	平成・令和 年 月 日

こども医療費受給資格証を **亡失** したので再交付願いたく申請します。
破 損

令和〇年〇〇月〇〇日

住 所 真岡市荒町 5191 番地

申請者 氏 名 真岡 太郎

印

電 話 0285-81-8131

真 岡 市 長 様

(注) 太枠欄には、申請者は記入しないこと。