

様式第5号（第11条関係）

こども医療費受給資格証再交付申請書

受給者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				対象児との続柄	
	加入保険					
	記号番号	矢吹町 ・				
	保険者名					
受給対象児	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
<p>こども医療費受給資格証を^き損^失したので再交付願いたく申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>矢吹町長 様</p> <p>申請人 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">④</p>						