

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<sup>き</sup>損<sup>失</sup>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 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">④</p>				