

様式第3号(第9関係)

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

あて先 川根本町長

住所 川根本町

申請者(保護者) (電話番号)

氏名

受給者 氏名

下記の理由により、こども医療費受給者証の再発行を申請します。

記

申請の理由 該当する番号を○で囲んでください。	1 なくなった
	2 やぶれた
	3 よごれた
	4 その他