様式第５号（第９条関係）

只見町子ども医療費受給資格証再交付申請書

年　　　月　　　日

只見町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 | 印 |

　下記理由により子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象となる子ども | 住　　所 | □　申請者に同じ |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 受給資格者番号 |  |
| 保護者氏名 | □　申請者に同じ |
| 再交付申請の理由 | □　紛失□　汚損□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |