

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	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
再交付申請の理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）