

様式第5号 (第6条関係)

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
(受給者との続柄)
電話番号

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

(本人が自署しない場合は押印が必要)

次の受給者に係る子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者 番 号							
受 給 者	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	
	氏 名					年 月 日	
	住 所						
再交付の理由 (具体的に)		1 紛失					
		2 汚損・破損					
		3 その他					
備						世帯コード	
考							