

様式第4号(第6条関係)

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

牧之原市長

住所 牧之原市

届出者 (TEL)
氏名 ⑩

こども 氏名

下記の理由により、こども医療費受給者証の再交付を申請します

記

申請の理由 該当する番号を○で 囲んでください。	1 紛失
	2 破損
	3 汚損
	4 その他

※ 申請の理由で破損、又は汚損した場合は、受給者証をご持参ください。