様式第４号

子どもの医療費受給者証再交付申請書

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により、子どもの医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給対象者 | 受給者証 | 　　　第　　　　号 |  |  |
| 記号・番号 |  |
| 住　　所 | 苫前町字 |
| 氏　　名 |  |  | 　　年　　月　　日生 |
| 理由 | 1. 破損した
2. 汚損した
3. 紛失した
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |