

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

清水町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

印

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

受給者 (こども)	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
申請の理由 (該当する番号を○ で囲んでください。)		1 紛失した		
		2 破れた		
		3 汚れた		
		4 その他		