

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

※申請者が自署しない場合は、押印が必要です。

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	生年月日	年 月 日
	氏 名		
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		