

様式第5号(第6条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

藤崎町長

(保護者)

住 所

氏 名

電 話



下記の理由により、藤崎町子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対 象 者 氏 名	
生 年 月 日	
受 給 資 格 証 番 号	
理 由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給資格証のき損、摩滅が著しく使用に堪えないため 3 その他 ( )

(注意) き損又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。