

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

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

藤崎町子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

給付対象者氏名	
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。