

様式第5号

藤崎町乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

平成 年 月 日

藤 崎 町 長

住 所 藤崎町大字

申請者 氏 名 印

電 話

下記の理由により、藤崎町乳幼児医療費受給資格証の再交付を申請します。

対 象 乳 幼 児 氏 名	
生 年 月 日	平成 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。