

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給対象者	住 所									
	氏 名		受給者証 記号番号							
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他									
※ 決 定 欄	課 長		主 幹		係 長		係		決 定 年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。									
	却 下 理 由									

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。