

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 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 ー



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。