様式第８号(第８条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| こども医療費受給者証再交付申請書  令和　　年　　月　　日  　　美里町長　上田　泰弘　様  申請者（保護者）  住所  氏名  　　　次のとおり受給者証の再交付を申請します。 | | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 性　別 | 受給者証番号 |
| 助成対象者（こども）氏名 | |
| １ |  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
|  |
| ２ |  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
|  |
| ３ |  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
|  |
| （再交付申請事由）  ア．紛失  イ．汚損・破損  ウ．盗難  オ．その他 | | | | |

(注)　汚損(破損)の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。