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。