

様式第3号(第6条関係)

こども医療費受給資格証再交付申請書										
受給資格証 番号	1									
	2									
	3									
	4									
対象こども 氏名	1						生年 月日	年	月	日
	2							年	月	日
	3							年	月	日
	4							年	月	日
受給資格者 氏名										
<p>こども医療費受給資格証を亡失（破損）したので、再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</p> <p style="text-align: left; margin-left: 100px;">朝 霞 市 長 宛</p>										