

課長	主 査	グループ

様式第10号(第8条関係)

## 子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

美幌町長 様

住所 美幌町字  
届出人  
氏名

子ども医療費受給資格者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受 給 者 資 格 者	氏 名		受 給 資 格 者 証 記 号 ・ 番 号	
	住 所	美幌町字		
申 請 の 理 由		1 破損した 2 汚損した 3 紛失した		

◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

確 認 者	処 理 日	受 付 印