

平内町乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

平成 年 月 日

平内町長 逢坂 雄一 殿

郵便番号 ー
住 所 平内町大字 字

(申請者)

保護者名 ㊞

下記の理由により、平内町乳幼児医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者氏名	
理由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給資格証のき損、摩滅が著しく使用に堪えないため 3 その他 ()

(注意) き損又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。