

平内町乳幼児・子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

平内町長 殿

〒
申請者 住 所

氏 名 ⑩

下記の理由により、平内町乳幼児・子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

対象者乳幼児 ・子ども氏名 (生年月日)	
	年 月 日
受給者証番号	
理 由	1 受給者証をなくしたため 2 受給者証のき損、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、現在の受給者証を添付してください。