様式第3号(第6条関係)

|  |
| --- |
| こども医療費助成金受給資格者証再交付申請書　忍　野　村　長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　忍野村　内野・忍草　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 小児氏名 | 　 | 生　年　月　日　 |
| 平成 ・ 令和　　　年　　月　　日　生 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付届出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 再交付理由 | 　□汚損　　　　□破損　　　　□紛失　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他の事項 | 　 |

※　受給者証を紛失した場合以外は、受給者証を添付すること。

　　　受領者　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　氏　名