様式第３号（第３条関係）

乳幼児医療費受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

さぬき市長　　殿

住　　所　さぬき市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

対象乳幼児氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の理由により、乳幼児医療費受給資格者証の再交付を申請します。

申　請　理　由 （該当する番号に○をしてください。）	１．紛失　　２．破損　　３．汚損 ４．その他（具体的に書いてください。） （　　）

※市記入欄	再交付年月日	
	受給者番号	
	受給者番号	
	受給者番号	

※欄は記入しないでください。