

様式第3号（第6条関係）

子ども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 _____ 印

対象児氏名 _____ 年 月 日生

_____ 年 月 日生

_____ 年 月 日生

次の理由により、子ども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。） <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 80px; margin: 5px 0;"></div>
--------------------------------	--

※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						

※の欄は、記入しないでください。