別記様式第4号(第3条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

年　　　月　　　日

　厚岸町長　　　　　　　　　　様

保護者　　住所

氏名　　　　　　　　　　印

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

　次の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給対象者 | 住所 | 　 | 公費負担者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 | 受給者番号 | 　 |
| 理由 | 1　破損した2　汚損した3　紛失した4　その他　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |