

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 ⑩

(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 ( )			