

様式第17号(第4条関係)

決 裁	課長	課長 補佐	係長	本庁 担当者	支所 担当者	受付	年 月 日
						決裁	年 月 日
						交付	年 月 日

子ども 医療費受給者証再交付申請書				
受給者	氏名		児 童 の 続 柄	
	住所			
児童氏名			生年月日	年 月 日
加 入 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号	_____		
	保険者名			
<p>子ども 医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。 亡失</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>阿賀町長 神田敏郎様</p>				

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。