

様式第3号

決 裁	課長	主幹	主査	係	年	月	日	
					決裁	年	月	日
					受付	年	月	日

子育て支援医療費受給資格証明証再交付申請書

受給資格者	氏名	川島太郎	生年月日	昭和50年 3月 25日
	住所	川島町 大字平沼1175	児童との続柄	父
	加入保険	国保		
	記号番号	川島・0000		
	保険者名	川島町国民健康保険		
児童	氏名	川島花子	生年月日	平成21年 1月 27日
	住所	川島町 大字平沼1175		

子育て支援医療費受給資格証を
申請日

破損
紛失

したので、再交付を申請します。
該当する方に○をつけて下さい。

××年××月××日

申請者 住所 川島町 大字平沼1175
氏名 川島太郎
電話 049 (297) 1811

川島町長様