様式第3号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 主幹 | 主査 | 担当 | 　　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再交付申請書 |
| 受給資格者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 児童との続柄 | 　 |
| 加入保険 | 国保　社保 |
| 記号番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 児童 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 川島町 |
| 　子育て支援医療費受給資格証を | 破損亡失 | したので、再交付を申請します。 |
| 　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　川島町　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　電話　　(　　)　　　　　　川島町長　　　　様 |