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 | | | | | | | | |