様式第3号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書年　　月　　日　嘉手納町長　　　　　　　　　　殿申請者　住所　　　　　　　　　　　(保護者) 　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 申請理由　該当する項目の番号を○で囲んでください。 | 　　1　　破れた　　2　　汚れた　　3　　無くした | 　 |
| 受給資格者番号 | 　 |
| 対象児 | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 　　注　受給資格者証を無くしたとき以外は、受給資格者証を添えてください。 |