

別記様式第3号(第3条関係)

決 裁	町長	副町長	課長	主幹	補佐	係長	係	受付	年 月 日
								交付	年 月 日
								決裁	年 月 日

児童医療費受給資格証再交付申請書											
受給資格者	(ふりがな)						生年 月 日	年 月 日			
	氏名						月 日	年 月 日			
	住所	上三川町					児童の 続柄	父・母 その他( )			
加入保険	記号番号	被保険者氏名			保 險 者	番号					
						名称					
						TEL					
児 童	(ふりがな)						生年 月 日	年 月 日			
	氏名						月 日	年 月 日			
	住所	上三川町									
<p style="text-align: center;">汚損 児童医療費受給資格証を 亡失 したので再交付の申請をします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上三川町長 様</p> <p style="text-align: center;">住所 上三川町 申請者 氏名</p>											

(注) 太枠欄は、記入しないでください。