

第10号様式（第13条第1項）

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

栄町長 様

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

(保護者) 電話番号

(子どもとの続柄)

子ども医療費助成受給券の再交付を受けたいので、栄町子ども医療費の助成に関する規則第13条第1項の規定により申請します。

受給者番号							
子ども	住 所						
	フリガナ					性 別	
	氏 名					男 ・ 女	
	生 年 月 日	年 月 日					
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 毀損・汚損 3 その他 ( )						
備 考							