

様式第3号(第3条関係)

こども医療費助成金受給資格者証再発行申請書

年 月 日

座間味村長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)

申請理由	1 破れた 2 汚れた 3 なくした
該当する項目の番号を○ で囲んでください。	
受給者番号	
氏名	
こども	生年月日 年 月 日生

注 受給資格者証をなくしたとき以外は、受給資格者証を添えてください。