

様式第5号（第5条関係）

大鰐町子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

住所 大鰐町大字  
申請者  
氏名

印

下記の理由により、大鰐町子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者氏名 (生年月日)	
	年 月 日
受給資格証番号	
理 由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給資格証のき損、摩滅が著しく使用に堪えないため 3 その他 ( )