

様式第3号(第4条関係)

こども医療費受給資格証再交付申請書			
受給資格者	氏名		生年月日 年 月 日
	住所		こどもとの続柄
	加入保険		
	記号番号		
	保険者名		
こども	氏名		生年月日 年 月 日
	住所		
<p>こども医療費受給資格証を 破 損 したので、再交付を申請します。 紛 失</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 宮代町 氏 名</p> <p>宮代町長 あて</p>			