様式第3号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書  年　　月　　日  　嘉手納町長  　　　　　　　　　　殿  申請者　住所  (保護者)  氏名 | | | | |
|  | 申請理由  　該当する項目の番号を○で囲んでください。 | | 1　　破れた  　　2　　汚れた  　　3　　無くした |  |
| 受給資格者番号 | |  |
| 対象児 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 注　受給資格者証を無くしたとき以外は、受給資格者証を添えてください。 | | | | |