様式第3号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 担当 | 課長 | 受付 | 年　　月　　日 |
|  |  | 交付 | 年　　月　　日 |
| 受給資格証番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 東松山市 | | | | | | 対象児との続柄 |  |
| 対象児 | 氏名 | |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | | 東松山市 | | | | | | | |
| 加入保険 | 保険者名 | |  | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | |
| 記号・番号 | |  | | | | | | |
| 被保険者 | |  | | | | | | |
| こども医療費受給資格証を | | | | | 破損  紛失 | したので再交付願いたく申請します。 | | | | |
| 年　　月　　日  申請者　住所　　東松山市  氏名  電話(自宅　　　　―　　　　―　　　　　　)  (携帯　　　　―　　　　―　　　　　　)  本人・その他（　　）  　東松山市長　　　　宛て | | | | | | | | | | |