

受付年月日	課長	係長	係	処理欄	
				交付年月日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
				R . .	

第4号様式（第3条関係）

※太枠内のみ記入してください。

子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書			
			令和 年 月 日
さつま町長 上野 俊市 様			
申請者		住所	さつま町
		氏名	
		連絡先	
受給資格者	住所	さつま町	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏名		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
◆ 子ども			
受給資格者証番号	氏名 (フリガナ)	生年月日	受給資格者との続柄
1	()	. .	
2	()	. .	
3	()	. .	
4	()	. .	
◆ 申請理由 (あてはまるものに○をつけてください。)			
1 紛失	2 破損	3 汚損	4 その他 ()

注1 受給資格者証を紛失したとき以外は、受給資格者証を添えてください。

注2 記名押印に代えて署名することができます。