

受 付 日	
受給資格者証発行日	

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

宇多津町長 殿

住所 綾歌郡宇多津町

申請者

氏名



連絡先

受給資格者証を破損・亡失したので再交付を申請します。

受給資格者	氏名			続柄	
	住所	綾歌郡宇多津町			
対象となる子ども	氏名			受給資格者証番号	
	住所	綾歌郡宇多津町			
	氏名			受給資格者証番号	
	住所	綾歌郡宇多津町			
	氏名			受給資格者証番号	
	住所	綾歌郡宇多津町			
*加入保険	被保険者記号番号	保険者等の名称	事業所の所在地	附加給付の有・無	
申請理由					

(注)受給資格者証を破損したことにより、再交付を申請するときは、破損した受給資格者証(第2号様式)を添付すること。