

様式第5号（第7条関係）

六戸町子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

六戸町長 殿

申請者 住所
氏名 ⑩

下記の理由により、六戸町子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者 氏名 (生年月日)	年 月 日
受給資格証番号	
理由	1.受給資格証をなくしたため 2.受給証のき損、摩滅が著しく使用に堪えないため 3.その他 ()

(注意) き損又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。