

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費受給資格者証再交付申請書			
年 月 日			
敦賀市長 あて			
住所			
申請者 (保護者) 氏 名 (TEL — — 印)			
破 損 子ども医療費受給資格者証を 汚 損 したので再交付を申請します。 亡 失			
受給者番号			
氏 名		性 別	生 年 月 日
		男・女	年 月 日
住 所			
備考			

- (注) 1 破損し又は汚損した受給資格者証を添付してください。
2 亡失した受給資格者証が出てきたときは、直ちに返還してください。

入 力	確 認