

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			
申請者 (保護者)		住所 氏名 (TEL — —)	
子ども医療費受給資格者証を		破損 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