

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 (保護者)	住所	
	氏名 <small>(受給者との続柄)</small>	

下記の受給者に係る子どもの医療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号								
受給者	フリガナ				男・女	生年月日		
	氏名					年 月 日		
	住所							
再交付の理由 (具体的に)		1 紛失 2 汚損・破損 3 その他						
備考						世帯コード		