

様式第17号(第4条関係)

決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	本 庁 担当者	支 所 担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

子ども 医療費受給者証再交付申請書				
受 給 者	氏 名		児 童 と の 続 柄	
	住 所			
児 童 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
加 入 保 険	被保険者氏名			
	記 号 ・ 番 号	_____		
	保 険 者 名			
子ども 医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。 亡失 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 阿 賀 町 長 様				

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。