

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

龍郷町長 殿

申請者 住 所

氏 名 印

申 請 理 由 〔該当する項目の番号を ○で囲んでください。〕		1 や ぶ れ た 2 よ ご れ た 3 な く な っ た
受 給 資 格 者 証 番 号		
子 ど も	氏 名	
	生 年 月 日	

- 注 1 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えること。
 2 記名押印に代えて署名することができます。