様式第４号（第３条関係）

決 裁						受　付	年　月　日
						交　付	年　月　日
						決　裁	年　月　日

児童医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格者	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所			児童との続柄	
	加入保険				
	記号番号				
	保険者名				
児童	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所				

児童医療費受給資格証を　破損／亡失　したので再交付願いたく申請します。

年　月　日

住　所

申請者

氏　名　㊞

本人自署の場合は、押印を省略できます。

さくら市長　　様

（注）　太枠欄には、申請者は記入しないこと。