

様式第5号（第7条関係）

階上町子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

階上町長 宛て

住所

申請者

氏名

下記の理由により、階上町子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者氏名	
理由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給資格証の毀損、摩滅が著しく使用に堪えないため 3 その他 ()

（注意）毀損又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。