

様式第4号（第6条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書				
令和      年      月      日				
あわら市長 様				
申請者 住 所 氏 名				
破損 あわら市子ども医療費受給者証を汚損したので再交付を申請します。 亡失				
受給者番号			有効期間	年      月      日から 年      月      日まで
受給者	氏 名			
	住 所			
子ども	氏 名		生年月日	年      月      日
	住 所			
備 考				

(注) 受給者証を破損し、又は汚損したときは、当該受給者証を添付してください。