

門川町子ども医療費受給資格証再交付申請書				
年 月 日				
門川町長 殿				
保護者 住 所 氏 名				
下記の子どものに係る門川町子ども医療費受給資格証の再交付を申請いたします。				
記				
受給者番号				
子 ど も	氏名		生年月日	
	住所			
再交付の理由		該当する番号に○をつけてください。 1. 破損 2. 亡失 3. その他 ()		

(注) 破損（汚損）の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。