

## 子ども医療証再交付申請書

年 月 日

中間市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり中間市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第5条第1項の規定により子ども医療証の再交付について申請します。

| NO | 受給者番号 | 氏名 | 生年月日  |
|----|-------|----|-------|
| ①  |       |    | 年 月 日 |
| ②  |       |    | 年 月 日 |
| ③  |       |    | 年 月 日 |
| ④  |       |    | 年 月 日 |
| ⑤  |       |    | 年 月 日 |

申請の理由

1 紛失した

2 破損した

3 その他（

）