

子ども医療証再交付申請書

年 月 日

みやこ町長 殿

申請者 住所 みやこ町

氏名

次のとおりですから、子ども医療証を再交付してくださるよう申請します。

子ども医療証の
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

子どもの
氏名

申請の理由 1 なくした

2 やぶれた

3 よごれた

4 その他 ()