

こども医療費受給者証再交付申請書

令和〇年〇月〇日

藤枝市長宛

住 所 藤枝市岡出山1丁目11-1
氏 名 藤枝 太郎
連絡先 054-643-3241

下記の理由により、こども医療費受給者証の再交付を申請します。

受 給 者	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	藤枝花子	平成〇〇年〇月〇日
			年 月 日
			年 月 日
申 請 理 由	1 無くした		
	2. 破れた		
	3. 汚れた		
	4. その他()		