

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 ()											