

様式第3号(第4条関係)

決 裁	担 当	課 長	受 付	年 月 日
			交 付	年 月 日
			受給資格証 番 号	

こども医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	東松山市		対 象 児 との続柄	
対 象 児	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	東松山市			
	加入 保険	保 険 者 名			
		保 険 者 番 号			
		記 号 ・ 番 号			
		被 保 険 者			
	<p>こども医療費受給資格証を 破 損 紛 失 したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 東松山市 氏 名 電話(自宅 — —) (携帯 — —) 本人・その他 ()</p> <p>東松山市長 宛て</p>				