

第3号様式(第3条関係)

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

北谷町長 様

住所
申請者(保護者)
氏名 印

申請理由 〔該当する項目の 番号を○で囲ん でください〕	1 破れた 2 汚れた 3 なくした
受給資格者証番号	
児 氏 名	
童 生 年 月 日	年 月 日生

注 受給資格者証をなくしたとき以外は、受給資格者証を添えてください。