

乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

提出年月日 平成 年 月 日

高原町長 殿

住所 高原町大字  
申請者(受給者) 氏名  
電話 -

次のとおり乳幼児医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者	受給者番号								
	フリガナ					生年月日			
	氏名					平成	年	月	日
再交付申請の理由									
1 紛失									
2 破損又は汚損									
3 その他( )									

注) 再交付申請の理由が破損又は汚損のときは、受給者資格証を添えて提出してください。

受給資格証 受領印欄

再交付年月日 平成 年 月 日