

こども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

平成 年 月 日

伊是名村長 殿

申請者
(保護者) 住所

氏名 印

| | |
|------|--|
| 申請理由 | 該当する項目に○をつけてください。 1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 |
|------|--|

| | | | |
|------|----------|--------|--|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | 受給資格番号 | |
| 生年月日 | 平成 年 月 日 | | |

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

(注) 受給資格証を紛失したとき以外は、受給資格証を添えてください。