

様式第3号（第3条関係）

こども医療費受給資格者証再交付申請書					
受給資格者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所	那須塩原市	こどもとの続柄		
	加入保険	被保険者氏名			
		記号番号			
	保険者名称				
こども	氏名		生年月日	平・令 年 月 日	
	住所	那須塩原市	同上		
<div style="text-align: center;"> <p>破損</p> <p>こども医療費受給資格者証を</p> <p>亡失</p> <p>したので再交付願いたく申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 那須塩原市</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> </div>					
<p>那須塩原市長 様</p>					

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日

(ピ・白・ベ)