

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 あて

申請者 住所 伊豆の国市
(保護者) 氏名
電話番号 ()

受給者 氏名
(子ども) 生年月日 年 月 日

下記の理由により、こども医療費受給者証の再発行を申請します。

記

申請の理由	1 紛失・亡失
	2 破損
	3 その他 (理由)