

後日郵送 ・ 交付済

様式第6号

子ども医療費受給資格証再交付申請書

|       |    |  |      |          |         |     |
|-------|----|--|------|----------|---------|-----|
| 受給資格者 | 氏名 |  | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 月 日生  | 男・女 |
|       | 住所 |  |      |          | 子どもとの続柄 |     |
| 子ども   | 氏名 |  | 生年月日 | 平成       | 年 月 日生  | 男・女 |
|       | 住所 |  |      |          |         |     |

受給資格証を 破損・亡失 したので再交付を申請します。

(あて先)川口市長

平成 年 月 日

申請者

住所 川口市.....

氏名 ..... (印)

電話 .....

※ 受給者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|