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

<table>
<tr><td rowspan="2">受給資格者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成　　年　月　日生</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>子どもとの続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>平成
令和　　年　月　日生</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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

令和　　年　　月　　日

申　請　者

住　所　川口市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(印)

電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　受給者番号