

様式第5号(第5条関係)

決 裁					担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

子 ども 医 療 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書				
受給者	氏 名		子どもとの続柄	
	住 所			
子 ども 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
加 入 保 険	被保険者氏名			
	記 号・番 号			
	保 険 者 名			
子ども医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。 亡失				
年 月 日				
申請者 住 所 氏 名				
佐渡市長 様				

(注)

- 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
- 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。