

様式第6号（第7条関係）

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 干
住 所
氏 名
電話番号

子どもの医療費受給資格者証を（ 紛失 ・ 破損 ）したので、再交付を申請します。

受給資格者番号		※ 町処理欄	窓口 ・ 郵送
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所			

※ 破損の場合、受給資格者証を返却してください。