様式第3号(第5条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　越前市長　　　　殿

申請者住所

氏名

　紛失・その他(　　　　　)の理由により、再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 助成対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

※　受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証が出てきたときは、　　　　　課にお返しします。