

様式第5号(第11条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書					
保 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所			子どもとの続柄	
	加 入 保 険				
	記 号 番 号				
	保 険 者 名				
子 ど も	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所				
子ども医療受給者証を き 損 亡 失 したので再交付を申請します。 年 月 日 石川町長 様 住 所 申請者 氏 名					