

様式第8号（第12条関係）

受 付	年 月 日	交 付	年 月 日
-----	-------	-----	-------

こども医療費受給資格証再交付申請書					
受 給 資 格 者	受 給 者 番 号				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所		こどもとの 続 柄		
	加 入 保 険	記 号 番 号			
		保 険 者 名			
こども	氏 名		生年月日	年 月 日	
<p style="text-align: center;">破 損 こども医療費受給資格証を紛失したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>坂戸市長 あて</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p>					