子 ど も の 医 療 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

|  |  |
| --- | --- |
| 受 給 者 番 号 |  |
| 受 給 者　 | 氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |   |
| 子 ど も | 氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |   |
| 再交付申請の理由 | □　破損のため　　□　紛失のため　　□　その他（　　　　　　　　　　　　） |

上記のとおり再交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

住　　所

申請者

　　　　 氏　　名

　　長岡市長　磯田　達伸　　様