## 様式第4号(第3条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書							
受給者証番号							
子どもの氏名		生年月日	年	月 日			
保 護 者 氏 名		続 柄					
再交付申請理由	1 紛 失 2 破 損 3 その他(			)			
上記理由により、子ど <sup>*</sup> 年 月	も医療費受給者証を再交付してくだ。 日	さるよう申請します。					
	住 所 天草市	町	番 番地	号			
	氏 名						
天草市長様							

				į	課 長	係	長	係
上記の申請につ	いて、下記	己のとおり決定してよ	ころしいか伺います	r.,				
上記の申請にて受給者証の種類		己のとおり決定してよ  号(第3条関係)	(ろしいか伺います 交付年月日	0	年		1	日

子ども医療費受給者証再交付申請書				
受給者証番号	1 2	3 4 5		
子どもの氏名	天草 花子	生年月日	平成 2 9年 3 月 3 1日	
保 護 者 氏 名	天草 太郎	続 柄	子	
再交付申請理由	1 紛 失   2 破 損   3 その他 (		)	

上記理由により、子ども医療費受給者証を再交付してくださるよう申請します。

令和 2年 5月 1日

住所 天草市 東浜 町 8番1 号

番地

氏 名 天草 太郎

天草市長 様

課	長	係	長	係

上記の申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。

受給者証の種類 様式第 号(第3条関係) 交付年月日 平成 年 月 日