

第4号様式（第4条関係）

| | | | | | | |
|--------|----|------|----|---|-----|-------|
| 決 裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受 付 | 年 月 日 |
| | | | | | 交 付 | 年 月 日 |

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

阿久根市長 殿

申請者 住 所

氏 名

印

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| 申 請 理 由 | 1 やぶれた 2 よごれた 3 なくなった | |
| (該当する項目の 番号を○でかこ んでください。) | | |
| 受給資格者証番号 | | |
| 子 ど も | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | |

注1 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。

2 記名押印に代えて署名することができます。