

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

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 阿久根市長

申請者 住 所  
氏 名

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 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。