子どもの医療費受給者証再交付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付申請の理由</td><td colspan="3">□　破損のため
□　紛失のため
□　その他（　　）</td></tr>
</table>

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