

第9号様式（第6条関係）

鴨川市子ども医療費助成受給券再交付申請書

平成 年 月 日

(宛て)

鴨川市長

申請者 住所 鴨川市 _____

氏名 _____ (印)

電話 ()

鴨川市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第1項の規定により、次の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

子ども氏名	生年月日	受給者番号						
_____	平成 年 月 日	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

- 申請の理由
- 1 紛失
 - 2 損傷
 - 3 汚損
 - 4 その他 ()