

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

年 月 日

(宛て)

鴨川市長

申請者 住所

氏名

㊟

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

申請の理由

1 紛失

2 損傷

3 汚損

4 その他 ( )