

様式第 3 号 (第 5 条関係)

乳幼児等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所 斜里町
氏 名

下記の理由により、乳幼児医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者 氏 名		個 人 番 号	
受給者 住 所	斜里町	受給者 番 号	
再交付の理由 1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他			

課長		係長		係		処理 年月日	年 月 日
1 上記申請について、適当と認められるので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。							
却下理由							