別記第６号様式（第９条関係）

課長	主幹	係長	係

乳幼児等医療費 受給者証再交付申請書

平成　　年　　月　　日

音更町長　あて

保護者　住　所

氏　名

電　話

下記の理由により乳幼児等医療費受給者証の再交付を申請をします。

記

受給者番号	
受給者氏名	
受給者住所	
理由	□　紛失 □　盗難 □　破損 □　その他　（　　） 上記の理由発生年月日 （平成　　年　　月　　日）

（町処理年月日）　平成　　年　　月　　日

※事務処理欄

受付	交付方法
㊞	□ 窓口交付 □ 郵送交付 （　　年　　月　　日）