

様式第6号(第9条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格者	氏名				
	住所		子どもの続柄		
	加入保険	記号		番号	
		保険者名			
子ども	氏名		生年月日	年 月 日	
<p>子ども医療費受給資格証を 破損・亡失 したので、再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p> <p>(宛先)吉川市長</p>					