

第4号様式（第8条関係）

## 子ども医療費（乳幼児、児童・生徒）受給資格証再交付申請書

平成 年 月 日

志木市長様

住所  
申請者氏名  
電話番号（ ）

破損  
子ども医療費受給資格証を したので、再交付を申請します。  
亡失

受給資格者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日	
	住所	電話番号（ ）		対象者との続柄	
	対象者番号				
	加入医療保険				
	フリガナ		性別	生年月日	
	対象者氏名		男・女	年 月 日	