様式第３号(第６条関係)

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

富士河口湖町長　　様

申請者
住　所　富士河口湖町

(保護者)
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　(　　－　　－　　)

子ども氏名	生年月日
	年　　月　　日

受給者番号	
再交付届出年月日	年　　月　　日
再交付理由	□汚損　□破損　□紛失 □その他 (　　)
その他の事項	

※　受給者証を紛失した場合以外は、受給者証を添付すること。