

## 三沢市子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

（あて先）三沢市長

保護者住所
保護者氏名
電話番号

下記の理由により、三沢市子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

対象者氏名 (生年月日)	年 月 日
受給資格証番号	
理由	1 受給資格証を失ったため 2 受給資格証の破れ、汚れが著しく使用に堪えないため 3 その他 ( )

（注意） 破れ又は汚れを理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。