

年 月 日

宇城市長 様

申請者（受給者） 住 所 宇城市

氏 名

こども医療費受給者証再交付申請書

このことについて、医療費受給者証を破損・亡失したので、再交付を申請します。

受給者番号	乳・児	こども氏名	生年月日
	乳・児		
	乳・児		
	乳・児		