様式第６号（第７条関係）

年　　月　　日

　水俣市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）　 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

子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、再交付くださるよう申請します。

記

　受給者証番号

　子 ど も

　　　　　　氏　　名

　　　　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生