

災害遺児医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

届出者 住所
氏名 ⑩

災害遺児医療費受給資格証の再交付を、次のとおり申請します。

記

受給資格者	氏名		受給資格証 記号・番号	
	住所	長沼町第 区		
申請理由				
備考				

※ 下欄は、記入しないでください。

再交付 年月日	年 月 日	受給資格証 記号・番号		取扱 者印	
------------	-------	----------------	--	----------	--