

様式第4号（第4条関係）

児童生徒等医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

南 幌 町 長 様

申請者 住所 南幌町
氏名 印

下記の理由により児童生徒等医療費受給者証の再交付を申請します。

受 給 者	住 所	南幌町		
	氏 名		受給者番号	
	個人番号			
理 由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4.			