このことについて、再交付してよろしいか伺います。

課長専決	課長	課長補佐	係長	係	受付印

様式第 9 号（第 6 条関係）

年　　月　　日

菊池市長　様

住　所　菊池市
申請者（保護者）　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、子ども医療費受給者証を破損・亡失したので再交付していただきますよう申請します。

記

受給者証番号	
子どもの氏名 生　年　月　日	年　　月　　日