別記様式第４号（第９条関係）

深川市子ども医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

深川市長　　様

申請者　住　所
氏　名
（受給者との続柄　　）

下記により受給者証の再交付を申請します。

受給者	氏　　名		受給者番号	
	住　　所			
申　請　理　由		1　紛失　　2　毀損　　3　その他（　　）		
備　　考				

※決定欄	課　長	主　幹	課長補佐	係　長	係	決裁年月日	年　月　日
						再交付年月日	年　月　日
	上記の申請について、再交付を決定し新受給者証を交付してよろしいか。					備　　考	