様式第３号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

山梨市長　様

申請者　住　　所　山梨市
氏　　名　　印
電話番号

山梨市子ども医療費受給資格者証再交付申請書

受給資格者証の再交付を受けたいので、山梨市子ども医療費助成金支給条例施行規則第５条第１項の規定により申請します。

記

受給者	氏　　名	
	生年月日	
理由	１　紛失 ２　損傷 ３　その他（　　）	

＊損傷による再交付申請の場合は、損傷した受給者証を添付してください。