様式第３号（第６条関係）

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

<table>
<tr><td colspan="4">年　　月　　日
南アルプス市長　　様

申請者　住　所
（保護者）氏　名　　㊞
電　話　　―　　―</td></tr>
<tr><td>子ども氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>再交付届出年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>再交付理由</td><td colspan="3">□汚　損　　□破　損　　□紛　失
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>その他の事項</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※　受給資格者証を紛失した場合以外は、受給資格者証を添付すること。