

令和 年 月 日

弘前市長 様

申請者 住 所
氏 名 ※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

弘前市子ども医療費受給資格証再交付申請書

弘前市子ども医療費給付条例施行規則第5条第1項の規定に基づき弘前市子ども医療費受給資格証の再交付を受けたいので、同項の規定により申請します。

対象者氏名	
理 由	1 受給資格証を紛失したため 2 受給資格証の損傷、摩滅が著しいため 3 その他 ()

備考 損傷又は摩滅を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)