様式第９号（第１２条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">受給者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>子どもとの続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付の理由</td><td colspan="3">該当する項目に☑を入れてください。
□破損
□亡失
□その他（　　）</td></tr>
</table>

年　　月　　日

柴田町長　　殿

住　所

届出人

氏　名