様式第4号(第7条関係)

子育て支援医療費等還元事業ポイントカード再交付申請書

年　　月　　日

（申請先）標茶町長

申請者　　住所　標茶町

保護者氏名　　　　　　　　　　　　印

　子育て支援医療費等還元事業ポイントカードを紛失したため、再交付申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄 | ポイントカード番号 | 旧番号No.　　　　　　　　　　　→ | 新番号No. |
| 再交付年月日及び累計ポイント | 　　年　　月　　日再交付　 | 累計　　　　　　ポイント |
| 備考 | 　 |
| 課長 |  |  |  | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 上記申請により子育て支援医療費等還元事業ポイントカードを再交付する。　 |

 (注)申請者は、※欄は記入しないでください。