

医療証再交付申請書

年 月 日

杉 並 区 長 宛

住 所

氏 名

電 話 ()

下記の理由により、乳幼児等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

記

1 対象乳幼児等

氏 名 (生年月日 年 月 日)

2 申請理由

1 なくした。 2 破いた。 3 汚した。

4 その他（具体的に書いてください。）

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|----------------------|-------|---|---|---|--|--|--|---|--|
| 処 理 欄 | 受 付 印 | 負担者番号 | 8 | 8 | 1 | 3 | | | | | |
| | | 受給者番号 | | | | | | | | * | |
| | | 再交付年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | 備 考 | | | | | | | | | |
| | | 受付区民係 | | | | | | | | | |
| | | 区民係 | | | | | | | | | |
| | 担当： | | | | | | | | | | |
| 来庁者： | | 確認資料：保険証 免許証 その他 () | | | | | | | | | |