

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、子ども医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

記

1 対象の子ども

氏 名 (生年月日 年 月 日)

2 申請理由

1 紛失のため 2 破損・汚損のため

3 その他の理由（未着等）

処 理 欄	受 付 印	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：	本人確認：保険証 免許証 在留カード マイナンバー その他（ ）								
来庁者：									

一次審査	二次審査