

記入例

第8号様式(第10条関係)

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

☆消せる筆記具では記入しないでください。

年 月 日

中野区長 宛て

住所 中野区 中野4丁目 8番 1号

医療証記載の保護者名
をご記入ください。

連絡先電話番号 03 (3389) 1111

保護者氏名 医療 太郎

子ども医療費助成制度の医療証の再交付を、下記の理由により申請します。

な **医療証記載の番号をご記入ください。** ときは、速やかに中野区に返還します。

(不明な場合は空欄でも可)

受給者番号		1	2	3	4	5	6	7
子ども	氏名	医療 花子						
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日						
申請理由		<input checked="" type="radio"/> 1 なくした <input type="radio"/> 2 破いた <input type="radio"/> 3 汚した <input type="radio"/> 4 その他(※具体的に記入してください。) ()						
備考		兄弟姉妹 有・無 ()						

担当処理欄	受付	
	確認	
地域事務所・すこやか福祉センター		