

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

中野区長 宛て

年 月 日

住 所

連絡先
電話番号

()

保護者氏名

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。
なくした医療証を、再交付を受けた後に発見したときは、速やかに中野区に
返還します。

受給者番号									
子ども	氏名								
	生年月日								
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。） ()								
備考									

担当処理欄	受付	
	確認	
地域事務所・すこやか福祉センター		