

HP 掲載用

医療証交付日		担当者

子ども等医療費助成制度医療証再交付申請書

以下のとおり医療証の再交付を申請します。

なお、再交付の後、紛失した医療証を発見したときは、その医療証を速やかに返還いたします。

世田谷区長 あて

年 月 日

住 所

電 話 ()

保護者氏名

(医療証に記載されている保護者)

※受給者番号が分からない場合は未記入で構いません。

子ども等氏名	1人目		受給者番号	
	2人目		受給者番号	
	3人目		受給者番号	
	4人目		受給者番号	
	5人目		受給者番号	
住 所	(保護者と住所が異なる場合は記入してください) 世田谷区 丁目 番 号 電 話 ()			

該当する理由に○を付け、内容をご記入ください。

再交付申請の理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他 ()
申請理由の発生日	年 月 日