

医療証再交付申請書

制 度	子ども医療費助成		TEL		
受給者番号		氏 名			生年月日
住 所					
交付年月日		申請理由	紛失・汚損・未着・		

負担者番号： 8 8 1 3

上記のとおり、医療証の再交付を申請します。

なお、本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。

(提出先)
足立区長

令和 年 月 日

申請者氏名

(保護者)

受付済	/
審査済	/
入力済	/
点検済	/