義　務　教　育　就　学　児　医　療　費　助　成　制　度

　　　　　　　　　医　療　証　再　交　付　申　請　書

年　　　月　　　日

　　　福　生　市　長　宛て

住　所　　福生市

氏　名

　　　　※記入押印に代えて、署名することができます。

次の理由により、義務教育就学児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

　医療証番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負　担　者　番　号 | 8 | 8 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 |
| 　受　給　者　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児　童 | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

　　　　　医療証交付年月日

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　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。）