　　　　　　　乳幼児医療費助成制度

　　　　　　　　　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、乳幼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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乳幼児 | 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。）