

## 台東区子ども医療費助成 医療証再交付申請書

年 月 日

台東区長 殿

保護者等(医療証名義)

住所 台東区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

次の理由により、医療証の再交付を申請します。

医療証	種 類	乳幼児医療証	子ども医療証	高校生等医療証	
	負担者番号				
受給者番号					
子ども	フリガナ 氏 名	-----			性別 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 生			
申 請 理 由		1 なくした 2 汚した・破った 3 その他(具体的に記入) ( )  (医療証の添付 あり なし)			

処理欄	医療証再交付年月日	・	・
-----	-----------	---	---