

年 月 日

狛江市長 宛て

住 所 狛江市

氏 名

乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度
医 療 証 再 交 付 申 請 書

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

記

負担者番号								
受給者番号								
乳 幼 児	氏 名							
	生年月日			年		月		日

再交付年月日

年 月 日

申請理由

- 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。)

受 付 印

※市チェック欄

証再交付

後日郵送

受付日に再発行済（本人確認書類：免許証・保険証・他）