

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(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			
	負担者番号	8	8	1	3				
受給者番号									
児 童	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 郵送未到達 4 その他(具体的に記入) ()								