

第5号様式（第9条関係）

記入日

年 月 日

多摩市長 殿

医療証に記載されている保護者の方

申請者（保護者）

住 所 多摩市関戸6-12-1

氏 名 多摩 太郎

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

下記の理由により、子ども医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

負担者番号								
受給者番号								
子ども氏名	フリガナ タマ ハナコ 多摩 花子							
生年月日	年 月 日							
交付年月日	年 月 日							

- 申請の理由
- 1 紛失したため
 - 2 汚れたため
 - 3 破れたため
 - 4 その他（ ）

※2又は

医療証に記載されている保護者のご住所・お名前
お子様のお名前・生年月日（西暦・和暦どちらでも可）
申請の理由をご記入ください。
インターネットでも申請いただけます。