

年 月 日

多摩市長 殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

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							
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3に該当する場合は、医療証を提出してください。