第５号様式（第９条関係）

平成25年　6月15日

多摩市長　　殿

申請者欄は、医療証の「保護者」名をご記入ください。

申請者（保護者）
住　所　多摩市関戸6－12－1
氏　名　多　摩　太　郎　印

医療証を見ながらご記入ください。番号がわからない場合は未記入で結構です。

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	8	8	1	3	8	4	7	9
受給者番号	2	0	0	■	■	■		
子ども氏名	フリガナ　タ　マ　ハ　ナ　コ 多　摩　花　子							
生年月日	平成　17　年　4　月　5　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。

２又は３の場合は、汚れた、又は破れた医療証を添付してください。

医療証の再交付を郵送で申請する方は、返信用封筒（宛名を記入し、80円切手を貼付してください。）を同封してください。