

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

新宿区長 宛て

年 月 日

住所 新宿区

電話番号 ()

保護者氏名

下記のとお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。

再交付する理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()		
対象者について			
受給者番号	氏 名	生 年 月 日	
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日

※処理欄

認定 番号						
入力		交付		確認		

受 付 印	
-------------	--