

第4号様式(第7条関係)

乳幼児・子ども・高校生等医療証再交付申請書

新宿区長 宛て

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

申請者氏名 \_\_\_\_\_

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

※ 申請者氏名欄には、保護者の氏名を記入してください。ただし、何人からも監護されていない等の事情により子ども本人が申請者となる場合は、子ども本人の氏名を記入してください。

※処理欄

認定 番号								
入力		交付		確認				

受付 印	
---------	--