

第8号様式(第10条関係)

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

年 月 日

中野区長 宛て

住所 中野区 \_\_\_\_\_ 丁目 番 号

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

子ども医療費助成制度の医療証の再交付を、下記の理由により申請します。  
なくした医療証を、再交付を受けた後に発見したときは、速やかに中野区に返還します。

受給者番号									
子ども	氏名								
	生年月日	年 月 日							
申請理由	1 なくした                      2 破いた                      3 汚した 4 その他(※具体的に記入してください。) ( _____ )								
備考	兄弟姉妹 有・無 ( _____ )								

担当処理欄		受付	
		確認	
地域事務所・すこやか福祉センター			