第８号様式（第１０条関係）

記　入　例

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

中　野　区　長　　宛て

平成○○ 年　4 月　1 日

住　　所　中野４－８－１

連　絡　先
電話番号　０３　(３３８９)　１１１１

医療証に記載してある保護者名をご記入ください

保護者氏名　医　療　　一　郎

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。

わからない場合は空欄でかまいません

受給者番号			9	8	7	6	5	4	3
子ども	氏　名	医　療　　花　子							
	生年月日	平成○○年5月5日							
申請理由	①　なくした　　2　破いた　　3　汚した 4　その他　（※具体的に書いてください。） （　　）								
備考									

担当処理欄		受　付	
		確　認	
地域事務所・すこやか福祉センター			