

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者（養育者） 住所
氏名

子どもの医療費助成制度医療証再交付申請書

次の理由により、子どもの医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

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。）

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								
助成対象者	氏 名							
	生年月日	年 月 日						

事務処理欄

医療証交付 /

電算 /