

子ども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

葉山町長 殿

住所 葉山町

(申請者) 氏名

電話 ()

次のとおり、子ども医療証の再交付を申請します。

対象子ども	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と別（ 葉山町 ）
申 請 理 由		☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 紛失 ☐ その他（ ）

※紛失した医療証を発見したときは、その医療証を速やかに返還してください。

※破損又は汚損したときは、その医療証をこの申請書に添付してください。

町記入欄

受給者番号	8							証回収	☐ 紛失 ☐ 済 ☐ 未
備 考									

事務処理欄	事務決裁欄				受付
	課長	課員		担当	
	処理日				
	再交付		入力		