

児童医療費助成事業 医療証再交付申請書

年 月 日

（宛先）大田区長

保護者

住 所 大田区 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

次のとおり、児童医療費助成事業の医療証の再交付を申請いたします。  
再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに発見した医療証を大田区に返還します。

対象児童

	児童氏名	生年月日	受給者番号					
1								
2								
3								
4								
申請理由	1 紛失    2 破損    3 汚損    4 未着 5 その他 ( )							

事務処理欄

受付	交付方法		旧医療証回収	処理者	受付者
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 窓口希望	交付日 ( / )	済 / 未済		
<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 郵送希望	送付日 ( / )			

