

決裁	担当	主任	係長	課長

乳幼児及び義務教育就学児医療費助成制度医療証再交付申請書

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

住所

氏名

印

※医療証の保護者欄に記載されている方をご記入ください。

下記の理由により、乳幼児及び義務教育就学児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

◆ 医療証番号

負担者番号									
受給者番号									
児 童	氏名								
	生年月日	平成・令和	年	月	日				

◆ 申請理由

1. なくした
2. 破いた
3. 汚した
4. その他(状況を具体的に記入してください)

()

市処理欄

医療証再交付年月日 令和 年 月 日

(窓口 ・ 郵便)

(乳 ・ 子)

受付者