

	担当	主任	係長	課長
決裁				

子どもの医療費助成制度 医療証再交付申請書

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

住所

氏名

※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、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。

記

医療証番号

負担者番号									
受給者番号									
子ども	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(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・高)

身元確認 世帯確認

受付者