乳　・　子　・　青　　再発行済　／

様式第４号（第８条・第11条関係）

乳幼児・義務教育就学児・高校生等
医　療　費　助　成　制　度
医　療　証　再　交　付　申　請　書

稲城市長　殿

申請日		令和　　年　　月　　日
保護者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日

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

１　医療証番号

負担者番号		8							
受給者番号		6							
児童	ふりがな								
	氏　名								
	生年月日	平成 令和　　年　　月　　日							

２　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。）

（　　）

３　医療証交付年月日　　令和　　年　　月　　日