

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者（養育者） 住所  
氏名

子どもの医療費助成制度医療証再交付申請書

次の理由により、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。

- 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。）

医療証番号

負担者番号							
受給者番号							
助成対象者	氏名						
	生年月日	年 月 日					

事務処理欄

医療証交付 /

電算 /