

小学校就学前（6歳の年度末まで）の乳幼児・・・乳にチェック
 小・中学生（15歳の年度末まで）の子ども・・・子にチェック
 高校生等（18歳の年度末まで）の子ども・・・青にチェック

再発行希望の医療証が複数ある場合は、該当の箇所すべてにチェックを入れてください。

記入日

第6号様式（第8条関係）

乳 子 青

医療証の保護者
（原則、児童手
当の受給者もし
くは前年度の所
得が高い方）の
 氏名と住所をご
 記入ください。

（宛先）昭島市長

令和〇年×月×日

申請者（養育者） 住所 昭島市△〇町1丁目△-〇
 氏名 昭島 太郎

「負担者番号」
 「受給者番号」
 は記入不要です。

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。）

助成対象の子
 どもの氏名、生年
 月日を記入して
 ください。
 再発行希望の子
 どもが複数いる
 場合は、全員の
 氏名、生年月日
 を空いている箇
 所に記入してく
 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	昭島 一郎							
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日							

お急ぎの場合は、身分証明書をお持ちの上、
下記窓口でお手続きください。即日発行できます。

- ・市役所 1階16番窓口（子ども子育て支援課 手当・医療助成係）
 - ・東部出張所 福祉総合窓口
 - ・保健福祉センター「あいぱっく」福祉総合窓口
- 【時間】 平日 午前8時30分～午後5時まで

マイナンバーカードをお持ちの方は
 電子申請でお手続きいただけます。



マイナポータルびったりサービス

で検索して昭島市の申請画面からご申請いただけます。