

第4号様式（第6条関係）

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

年 月 日

（あて先） 港区長

保護者住所

TEL ()

保護者氏名

下記の理由により、子ども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・子どもの氏名等

受給者番号	子どもの氏名	生年月日	子どもの種別
		年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生
		年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生
		年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生

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。）

（注）記入押印に代えて、署名することができます。