

第5号様式 (第7条関係)

受付	入力	確認
----	----	----

医療証再交付申請書

令和 年 月 日

江東区長殿

保護者住所 江東区

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。

記

子ども1	受給者番号		乳・子	生年月日	平・令	年	月	日
	氏名							

子ども2	受給者番号		乳・子	生年月日	平・令	年	月	日
	氏名							

子ども3	受給者番号		乳・子	生年月日	平・令	年	月	日
	氏名							

申請理由 1 なくした 2 破いた 3 汚した
4 その他 ()

※医療証交付年月日 (事務処理項目) 令和 年 月 日