

子ども医療費助成制度  
医療証再交付申請書

年 月 日

墨田区長 あて

住所 丁目 番 号

氏名

電話

次の理由により、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

負担者番号				
受給者番号				
子ども	氏名			
	生年月日	年	月	日

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

- 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他

(具体的に書いてください。)