

様式第4号（第8条・第11条関係）

乳幼児・義務教育就学児・高校生等
医療費助成制度
医療証再交付申請書

稲城市長 殿

申請日		令和 年 月 日
保護者	住所	稲城市
	氏名	
	生年月日	年 月 日

下記の理由により、乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

1 医療証番号

負担者番号	8								
受給者番号	6								
児童	ふりがな								
	氏名								
	生年月日	年		月		日			

2 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。）		
〔 〕		

3 医療証交付年月日 令和 年 月 日