

乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度  
医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

あきる野市長 殿  
保護者 住 所  
  
氏 名  
電話番号

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

記

受 給 者 番 号	乳 幼 児 の 氏 名	生 年 月 日

医療証交付年月日

年 月 日

申 請 理 由

- 1 なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他 ( )