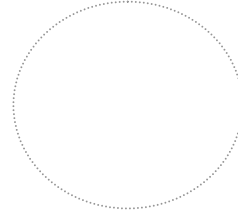


乳・子 医療証再交付申請書

太枠内にご記入ください。



対象児童氏名(上段ワカナ)	生年月日	負担者番号 / 受給者番号							
	年	8	8	1	3				
	月 日								
	年	8	8	1	3				
	月 日								
	年	8	8	1	3				
	月 日								
	年	8	8	1	3				
	月 日								
	年	8	8	1	3				
	月 日								
申請理由	1:紛失した 2:破損した 3:汚損した 4:その他(具体的な理由)								

立川市長 殿 上記の理由により、乳・子 医療証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者住所

申請者氏名 _____ 印 (対象児童との続柄: _____)

押印に代えて署名することができます。

事務処理欄	窓口受付者			係	係長	課長
	医療証発行	窓口・郵送	証発行日			
	本人確認書類	保険証・免許証・他()				