

①・② 医療証再交付申請書

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度(①)および義務教育就学児医療費助成制度(②)の医療証の再交付を申請します。

町田市長様

申請日

年 月 日

受  
付  
印

インターネット

保 護 者	フリガナ 氏名											
	住所	町田市					生年月日		年 月 日			
							電話番号		( )			
対 象 児 童	氏名		生年月日			受給者番号					※回収	
	1			. .								
	2			. .								
	3			. .								
	4			. .								
申請理由		1. なくした 2. 破いた 3. 汚した 4. その他 (										

交付日	確認

-----きりとり-----

記入例

①・② 医療証再交付申請書

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度(①)および義務教育就学児医療費助成制度(②)の医療証の再交付を申請します。

町田市長様

申請日

2021年 4月 1日

受  
付  
印

インターネット

保 護 者	フリガナ 氏名	マチダ タロウ 町田 太郎										
	住所	町田市 森野2-2-22					生年月日		S50年 1月 1日			
							電話番号		042(724)2139			
対 象 児 童	氏名		生年月日			受給者番号					※回収	
	1	町田 森野		H 30 . 1 . 1		1	1	1	1	1	1	
	2	町田 忠生		R 3 . 3 . 1		2	2	2	2	2	2	
	3			. .								
	4			. .								
申請理由		① なくした 2. 破いた 3. 汚した 4. その他 (										

受給者番号は、  
わかる場合のみ

交付日	確認