

年 月 日

狛江市長 宛て

住 所 _____

氏 名 _____

高 校 生 等 医 療 費 助 成 制 度
医 療 証 再 交 付 申 請 書

下記の理由により、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。

記

負担者番号							
受給者番号							
高 校 生 等	氏 名						
	生年月日	年 月 日					

再交付年月日

年 月 日

申請理由

- 1 なくした 2 破いた 3 汚した 4 その他
(具体的に書いてください。)

受 付 印

※市チェック欄

証再交付

後日郵送

受付日に再発行済（本人確認書類：免許証・保険証・他）