

第7号様式(第13条関係)

こども医療費助成事業医療証再交付申請書

令和 年 月 日

綾瀬市長

住 所

氏 名

次の理由により、こども医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 負 担 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

医療証交付年月日 令和 年 月 日

申請理由

- 1 なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他(具体的に記載してください。)