



医療証再交付申請書

申請（届出）の制度区分 乳幼児医療・義務教育就学児・高校生等医療 ひとり親家庭等医療

対象者氏名
再交付の理由 1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他（ ）

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

年 月 日

清瀬市長 殿 住所 清瀬市

フリガナ
保護者氏名

生年月日 年 月 日

下記は、市記入欄となりますので記入しないでください。

宛名番号
備考

令和 年 月 日
[] 発送済
[] 窓口手渡済

部長 課長 課長補佐 係長 主査 係
保存区分 年