



医療証再交付申請書

申請（届出）の制度区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療・義務教育就学児・高校生等医療	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡済

部長	課長	課長補佐	係長	主査	係
保存区分 年					