

乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度  
医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

東久留米市長 殿

住 所  
氏 名

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請いたします。

医療証番号

負担者番号							
受給者番号							
乳 幼 児	氏 名						
	生年月日	年 月 日					

医療証交付年月日

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	入 力	確 認