

様式第4号（第11条関係）

㊦ 義務教育就学児医療費助成制度

医療証再交付申請書

申請日を記入してください。

年 月 日

東久留米市長 殿

住 所

医療費助成申請者（医療証の保護者欄に記載されている方）を記入してください。
電話番号は日中連絡のとれる連絡先を記入してください。

氏 名

電話番号

下記の理由により、義務教育就学児医療費助成制度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									
児 童	氏 名								
	生年月日			年		月			日

医療証交付年月日

年 月 日

再交付を希望する児童について記入してください。（複数人記載可）

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）

該当する番号に○をつけてください。「4 その他」の場合は具体的に理由をご記入ください。

受付	入力	確認