

# 子ども医療費助成制度 医療証再交付申請書



申請日 令和 年 月 日

練馬区長 殿

申請者 住所  
(保護者)

練馬区

フリガナ

氏名

電話番号 ( )

下記の理由により、医療証の再交付を申請いたします。

対象子ども

|      | フリガナ                              | 生年月日           | 受給者番号<br>(記入は不要) |  |  |  |  |  |
|------|-----------------------------------|----------------|------------------|--|--|--|--|--|
|      | 氏名                                |                |                  |  |  |  |  |  |
| 1    |                                   | 平成<br>令和 年 月 日 |                  |  |  |  |  |  |
| 2    |                                   | 平成<br>令和 年 月 日 |                  |  |  |  |  |  |
| 3    |                                   | 平成<br>令和 年 月 日 |                  |  |  |  |  |  |
| 4    |                                   | 平成<br>令和 年 月 日 |                  |  |  |  |  |  |
| 申請理由 | 1 紛失 2 破損 3 汚した 4 不着<br>5 その他 ( ) |                |                  |  |  |  |  |  |

|    |  |    |  |    |  |
|----|--|----|--|----|--|
| 受付 |  | 入力 |  | 審査 |  |
|----|--|----|--|----|--|

医療証交付済

郵送の場合: / 送付