

第4号様式（第11条関係）

こども医療費助成制度
医療証再交付申請書

平成 年 月 日

日の出町長 様

住所 日の出町大字 平井
大久野

氏名 印

乳幼児
下記の理由により、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。
こども

医療証番号

負担者番号	8	8	1	3				
受給者番号								
こどもの氏名								
生年月日	平成 年 月 日							
医療証交付年月日	平成 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)							

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。