

様式第3号

子ども医療証再交付申請書

医療証番号	第	号
子ども氏名		
	生年月日	年 月 日
再交付申請の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失	
<p>上記のとおり、医療証の再交付を申請します。</p> <p>なお、再交付を受けた後、紛失した医療証が見つかったときは、速やかに返還します。</p> <p>年 月 日</p> <p>保護者 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>摂津市長 様</p>		

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員