

子ども医療証再交付申請書

↓空けておいてください

医療証番号	第	号
子ども氏名	摂津 花子	
	生年月日	H30 年 4 月 1 日
再交付申請の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失	

上記のとおり、医療証の再交付を申請します。

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。

※破損、汚損の医療証を同封できるような状態であれば、ご返却ください。

R2 年 1 月 1 日

保護者 住 所 摂津市三島1-1-1

氏 名 摂津 太郎

児童手当等の受給者である保護者名 ↑

摂津市長 様

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員