

様式第3号

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 |
| | | | | |