

乳幼児・子ども・高校生等医療証再交付申請書

子ども	氏名		受給者番号			
	生年月日	年 月 日				
保護者等	氏名					
	住所					
申請の理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他()					
理由の発生日	年 月 日					
<p style="text-align: center;">上記のとおり、医療証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">なお、再交付を受けた後紛失した医療証を発見したときはただちに返還し、不正使用等しないことを誓います。</p> <p style="text-align: center;">申請日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">目黒区長 宛て</p> <p style="text-align: center;">（保護者等）</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>						
※処理	子育て支援課 ・ 郵送	受付日	発行	回収		
	地区(中 ・ 西 ・ 南 ・ 北)	(受付者)				

※印欄は記入しないでください。