

(第7号様式)

子ども医療費助成事業医療証再交付申請書

受 給 者 番 号							
申 請 理 由	☐ 紛 失 ☐ 破 損 ☐ 汚 損 ☐ 盗 難 ☐ その他（理由を具体的に記入） _____ 上記はいつ発生しましたか 年 月 日頃						
	フリガナ 児 童 氏 名 _____ 児童生年月日 _____ 年 月 日						
大和市長 あて 上記のとおり、子ども医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。 年 月 日 （申請者） 住 所 <u>大和市</u> 氏 名 _____ 電話番号 _____ ☐父携帯 ☐母携帯 ☐自宅 ☐その他（ ）							

市役所確認欄

来 庁 者	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ）
来庁者の本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 基礎年金番号通知書又は年金手帳 ☐ その他（ ）
医 療 証	☐ 窓口交付済 ☐ 郵送
特 記 事 項	

受 付	入 力	確 認