

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						
発行対象児童	フリガナ 児童氏名			ヤマト ミライ 大和 未来			
	児童生年月日			令和5年5月5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 大和市△△△△△△△△△△△△ 氏 名 大和 太郎 電話番号 046(260)5608 ☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☒ 自宅 ☐ その他()							

・申請者の本人確認書類のコピーを添付してください。

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