

第4号様式

乳 小児医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

住所 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

小児氏名 \_\_\_\_\_

小児生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

次の理由により、小児医療費助成事業に係る医療証の再交付を申請します。

申請理由  (該当する番号に○ をしてください。)	1 紛失    2 破損    3 汚損 4 その他 (具体的に書いてください。)  [ _____ ]
------------------------------------	---

※市記入欄	再交付年月日	年	月	日				
	受給者番号							

※欄は記入しないでください。