

小児医療費助成事業医療証再交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）寒川町長

住 所 寒 川 町

氏 名

個人番号

次の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負 担 者 番 号	8	1	1	4	0	5	2	7
受 給 者 番 号								

医療証交付年月日 令和 年 月 日

申請理由

- 1 なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他（具体的に書いてください）