

様式第3号

子ども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長 あて

申請者 住所

(受給者) 氏名

電話

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		1 無くしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()	
子ども	住所		
	氏名		男 ・ 女
	生年月日	平成 ・ 令和	年 月 日

〈記入例〉

様式第3号

子ども医療証再交付申請書

令和元年5月1日

吹田市長 あて

申請者 住所 吹田市泉町1-3-40

(受給者)氏名 吹田 太郎

電話 6384-1231

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		① 無くしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()	
乳幼児	住所	吹田市泉町1-3-40	
	氏名	吹田 一郎	①男 ・ 女
	生年月日	①平成 ・ 令和 24 年 3 月 5 日	