

年 月 日

子ども・高校生等医療証再交付申請書

千代田区長 殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

下記の理由により、千代田区子ども・高校生等医療証の再発行を申請します。

記

1. 子ども氏名等

(1) 氏 名 男・女

(2) 生年月日 年 月 日

(3) 医療証番号

2. 申請理由

(1) 紛失した

(2) 破いた

(3) 汚した

(4) その他 ()

☆記名押印に代えて署名することができます。