

第四号様式（第十一条関係）

乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度
医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

檜原村長 殿

住所 東京都西多摩郡檜原村
氏名

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								
乳 幼 児	氏 名							
	生年月日							

医療証交付年月日

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)

乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度
医 療 証 再 交 付 申 請 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

檜原村長 殿

住所 東京都西多摩郡檜原村 2 7 1 7

氏名 檜原 太郎

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度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	8	1	3	〇	〇	〇	〇
受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
乳 幼 児	氏 名	檜原 一郎						
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日						

医療証交付年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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)