

(証種別) (様式区分)	①	②	③	④
-----------------	---	---	---	---

医療証番号 資格者証番号	
-----------------	--

<input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 福祉給付金資格者証	} 再交付申請書
令和 年 月 日	
(あて先) 名古屋市長	
住所 名古屋市 区	
棟 号 方	
氏名	
[年 月 日生]	

子ども	住所			
	氏名	生年月日	年	月 日

申請理由	<input type="checkbox"/> 無くした。 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>事情をお書きください。</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	事情をお書きください。	
	事情をお書きください。		
<input type="checkbox"/> 破れた。			
<input type="checkbox"/> 汚した。			

(注) 1 該当する□の中にレ点をつけてください。
 2 「子ども」の欄は、子ども医療証の再交付申請の場合のみ記入してください。

決裁年月日	課長	係長	係員	受付	入力	医療証
. .						