

再交付申請書の記載例

障	親	子	福
---	---	---	---

再交付を希望される証の
該当欄にチェック☑して
ください。

☒医療証

☐福祉給付金資格者証

再交付申請書

(宛先)名古屋市長

医療費助成対象者の住所・
氏名等をご記入ください。
マンション等の場合は、棟
や号まで正確にご記入く
ださい。

申請日		年 月 日	電話番号	090-0000-0000						
申請者	住所	名古屋市 千種 区 〇〇町2丁目974番地 〇〇マンション1棟201号								
	氏名	名古屋 太郎								
	生年月日	昭和 60 年 3 月 9 日								
対象者（子ども医療証の場合は子ども情報）	住所	☒ 同上								
	氏名	☐ 同上 名古屋 市子								
	生年月日	平成25 年 9 月 2 日								
	医療証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号
申請理由		☒ 無くした ☐ 破れた ☐ 汚した ☐ その他()								

子ども医療証の再交付申
請の場合は、お子さまの住
所・氏名等をご記入くださ
い。

再交付申請の理由の該当
欄にチェック☑してくだ
さい。その他の場合は理由
を記載してください。

点線以下は記入しないで
ください。

(注) 該当する□の中にレ印をつけてください。
備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

決裁年月日	課長	課長補佐	担当者	受付	入力	医療証