

障	親	子	福
---	---	---	---

○医

療

証

○福祉給付金資格者証

(宛先)名古屋市長

再交付申請書

申請日		年	月	日	電話番号					
申請者	住所	名古屋市 区								
	氏名									
	生年月日	年 月 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								
	生年月日	年 月 日								
	医療証番号								個人番号	
申請理由		☐ 無くした ☐ 破れた ☐ 汚した ☐ その他()								

（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