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 もの情報	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