

子ども医療証再交付申請書

江戸川区長殿

申請日	令和 年 月 日
フリガナ	
申請者	
住所	江戸川区
電話番号	()

お子さんの氏名	生年月日	受給者番号
	平成 年 月 日 令和	
	平成 年 月 日 令和	
	平成 年 月 日 令和	

申請する理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他
--------	---

太枠内を記入してください

【ご提出先・お問い合わせ先】
江戸川区 子ども家庭部 児童家庭課 医療費助成係
〒132-8501 江戸川区中央1-4-1
03-5662-8578（直通）

受付		交付		証回収	有・無	確認	
----	--	----	--	-----	-----	----	--