様式第8号（第10条関係）

小児医療費助成事業医療証再交付申請書

令和 年 月 日

湯河原町長 様

住所 湯河原町
氏名

次の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号	8	1	1	4	0	6	3	4
受給者番号								
対象児童氏名								

医療証交付年月日

令和 年 月 日

申請理由

- 1 破いた
- 2 汚した
- 3 失った
- 4 その他（具体的に記載してください）

※ 1又は2の場合は、医療証を添付してください。