

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☑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 ○○町2丁目974番地 ○○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、お子さんの住
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☑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