第4号様式(第9条)

小児医療証再交付申請書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　(あて先)鎌倉市長 |
| 　 | 申請者(小児の養育者) | 住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　次のとおり申請します。 |
| 申請理由 | □　紛失　　□　破損・汚損 |
| 受給者番号 | 　 |
| 小児氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| (備考) |
| 次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い) |
| 課長 | 担当係長 | 担当 | 入力 | 起案 | ・　　　　　・ |
| 決裁 | ・　　　　　・ |
| 再交付 | ・　　　　　・ |
| 決定区分 | □再交付します□再交付しません(理由　　　　　　　　) | 医療証の回収状況 | □回収□未回収 |

(注)　太枠の中だけを記入してください。