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。