

見本

子ども医療証再交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 金 沢 市 長

保護者の住所氏名を記入してください。

申請者（保護者） 住所 金沢市 広阪1-1-1 101号室

氏名 金沢 太郎

○をつけてください。

医療証を（紛失・破損）したので再交付を申請します。

医 療 証 番 号	○○○○○○○○		
ふ り が な 子 ど も 氏 名	かなざわ いちろう 金沢 一郎	生年月日	平成 令和 2年 2月 2日
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		

※

※事務処理欄

記入不要

備考

本人
確認

個人 免許 手帳 在留 旅券

保険 介護

年金

その他

不可