

小児医療証再交付申請書

年 月 日

(あて先)鎌倉市長

申請者 住所.....
 (小児の養育者) 氏名.....
 電話.....

次のとおり申請します。

| | | | | | |
|-----------------------|--|------|----|--------------|---|
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 再交付します <input type="checkbox"/> 再交付しません (理由) | | | 医療証の 回収状況 | <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 |

(注) 太枠の中だけを記入してください。