

様式第5号（第10条関係）

小田原市小児医療費助成医療証再交付申請書

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者 住 所 小田原市
氏 名
電話番号

次のとおり医療証の再交付を申請します。

1 対象となる小児

(1) 住所（申請者と異なる場合のみ記入）

(2) 氏名

(3) 生年月日 平成・令和 年 月 日

2 申請理由 亡失

損傷

その他（ ）