

(乳) 医 療 証

負担者番号

受給者番号

乳
幼
児

氏 名

男・女

生年月日

平成

年

月

日生

保
護
者

住 所

〒 ○○○-○○○○

氏 名

有効期間

平成

年

月

日から

平成

年

月

日まで

上記の者は、東京都○○区（市町村）乳幼児医療費の助成に関する条例により医療費の一部を○○区（市町村）が助成するものであることを証明する。

東京都○○区（市町村）長

○ ○ ○ ○

交付年月日

平成

年

月

日