

様式第8号(第19条関係)

① ひとり親家庭等医療費助成制度
医療証再交付申請書

年 月 日

あきる野市長あて

住 所

氏 名

下記の理由により、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

- 1 なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他 ()

記入例

① ひとり親家庭等医療費助成制度
医療証再交付申請書

提出時に窓口で
ご記入ください

0 年 0 月 0 日

あきる野市長あて

住 所 **あきる野市二宮350**

氏 名 **あきる野 花子**

下記の理由により、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号	8	1	1	3	○	○	○	○
受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	○

医療証交付年月日

0 年 0 月 0 日

提出時に窓口で
ご記入ください

申請理由

理由に○をつけて
ください

- ① なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他 ()