

受付

親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

台東区長 殿

住 所 台東区.....

氏 名.....

次の理由により、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	0			
	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 汚した 3 郵送未到着 4 その他（具体的に書いてください）							

医療証回収 再交付年月日
 有 ・ 無 / /

窓口 ・ 郵送

