

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.....印

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								
申 請 理 由 (お選びください)		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
有 ・ 無

再交付年月日
/ /

窓口 ・ 郵送