

第8号様式(第19条関係)

医療証再交付申請書

受付	審査	確認

制 度	ひとり親家庭等医療費助成		T E L			
受給者番号		氏 名			生年月日	年 月 日
住 所						
交付年月日		申請理由				

上記のとおり、医療証の再交付を申請します。

(提 出 先)

足 立 区 長

令和 年 月 日

対 象 児 童	受 給 者 番 号	氏 名

申請者 氏名 _____

第8号様式(第19条関係)

医療証再交付申請書

				受付	審査	確認
制 度	ひとり親家庭等医療費助成			T E L	03-3880-5111	
受給者番号		氏 名	足立 太郎	生年月日	□□年□□月□□日	
住 所	足立区中央本町1-17-1					
交付年月日		申請理由	紛失、破損等			
対 象 児 童	受給者番号	氏 名				
		18歳未満のお子様のお名前 を記入してください。				

- ・電話番号
 - ・氏名
 - ・生年月日
 - ・住所
 - ・申請理由
- を記入してください

上記のとおり、医療証の再交付を申請します。

(提出先) **再交付申請する日付を記入**
足立区長
令和□□年□□月□□日

申請者 氏名 足立 太郎