

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。

足立区長様
年 月 日

申請者 氏名 _____ 印

対 象 児 童	受給者番号	氏 名

記名押印に代えて、署名することができます。

記入例

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	0 3 - 3 8 8 0 - 5 1 1 1
受給者番号	氏 名	足立 太郎	生年月日
			昭和63年11月1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	

- ・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。

足立区長様 再交付申請する日付を記入
平成27年 1月 1日

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。

申請者 氏名 足立 太郎 印

氏名を記入し、押印（シャチハタ不可）をお忘れなくお願いします。