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

　　福 生 市 長　　　宛て

住　　所　　福生市

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（注）記入押印に代えて、署名することができます。

　次の理由により、ひとり親家庭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

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

理由

　　１．　なくした　　　２．　破いた　　　３．　汚した　　　４．　その他

（具体的に書いてください。）