

第5号様式(第17条関係)

㊦ 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

(あて先) 東京都日野市長

住 所  
氏 名

下記の理由により、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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 破いた    3 汚した    4 その他  
(具体的に書いてください)