

㊦ひとり親家庭等医療費助成制度

医療証再交付申請書

(あて先) 三鷹市長

住所 三鷹市

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		8	1	1	3	7	2	7	5
		8	1	1	3	6	2	7	7
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)