

第5号様式（第19条関係）

申請日を記入してください。

年 月 日

① ひとり親家庭等医療費助成制度  
医療証再交付申請書

東久留米市長 宛

住 所

医療費助成申請者（医療証の保護者欄に記載されている方）を記入してください。

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

不明であれば空欄で結構です。

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

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）