

第5号様式（第19条関係）

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 東久留米市

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				
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)