

様式第4号（第11条関係）

④ 高校生等医療費助成制度
医療証再交付申請書

年 月 日

東久留米市長 殿

住 所 東久留米市

氏 名

電話番号

下記の理由により、高校生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								
高校生等	氏 名							
	生年月日							

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)

受付	入力	確認