



ひとり親家庭医療費助成制度
医療証再交付申請書

受付印

小平市長 殿

次のとおり、ひとり親家庭医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

受給者	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	住所	小平市					
	連絡先	電話	()	携帯	()		

申請理由	1 なくした 2 破いた 3 汚した 4 その他 ()
交付方法	窓口 ・ 郵送

負担者番号

8	1	1	3		3	4
---	---	---	---	--	---	---

受給者番号

1							
---	--	--	--	--	--	--	--

備考	本人確認	健康保険証
		運転免許証
		()
	令和 年 月 日	受付
<input type="checkbox"/> 再交付済		
<input type="checkbox"/> 郵送済		