

第8号様式（第18条関係）

⑧ ひとり親家庭医療費助成制度医療証再交付申請書

年 月 日

荒川区長殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電 話

下記の理由により、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。

医療証番号

負 担 者 番 号							
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。)