

記入例

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

平成31年4月1日

荒川区長殿

医療証の受給者について記入してください。
電話番号は、日中連絡の取れる番号を
記入してください。

住所 荒川区南千住1-1-1-101

氏名 荒川 さくら

生年月日 S60年10月1日

電話 090-XXXX-XXXX

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 | 8 | 1 | 1 | 3 | 7 | 1 | 8 | 4 |
| 受給者番号 | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |

紛失などで医療証の番号がわからない場合は
記入の必要はありません。

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。)

外出中に落としたため