

第5号様式（第19条関係）

ひとり親家庭等医療費助成制度
医療証再交付申請書

年 月 日

檜原村長 殿

住所
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								
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)

ひとり親家庭等医療費助成制度
医療証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

檜原村長 殿

住所 東京都西多摩郡檜原村2717

氏名 檜原 太郎

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	〇	〇	〇	〇
受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	

医療証交付年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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)