

㊦ 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

(宛先) 東京都板橋区長

住 所
氏 名
生年月日

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)