

様式第6号（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

西東京市長 宛

住所 西東京市 丁目 番 号

氏名 ⑩

電話 ()

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				
	受給者番号								

医療証有効期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

申請理由

- 1 なくした 2 破いた 3 汚した
4 その他 ()

※ 記名押印に代えて署名することができます。

医療証再交付		受付者
窓口	/	
郵送		