

受付	作成	係長
----	----	----

**親** 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

江東区長 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)