

第5号様式(第19条関係)

⑧ 医療証再交付申請書

年 月 日

新宿区長 あて

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)