

① 府中市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

府中市長

住 所 府中市 町 丁目 番地の
氏 名 ②

次の理由により、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。)