

様式9

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

渋谷区長 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。  
なお、紛失した医療証は、発見次第速やかに返還いたします。

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。）

[ ]

再交付年月日	年 月 日
決 定	年 月 日