

親受給者番号		担当者
医療証交付日	年 月 日	

ひとり親家庭等医療費助成制度医療証再交付届

以下のとおり、医療証の再交付を申請します。

なお、再交付の後、紛失した医療証を発見したときは、その医療証を速やかに返還します。

年 月 日

世田谷区長 あて

住 所

電話 ()

氏 名

(医療証の表に記載されている方)

受 給 者 氏 名

該当する理由に○を付け、発生日をご記入ください。

再交付申請の理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他()
申請理由の発生日	年 月 日