

○ ひとり親家庭等医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

(申請者) 住 所 _____ 区 _____

電話 (_____) _____

(申請者) 氏 名 _____

次の理由により、ひとり親家庭等医療費助成に係る医療証の再交付を申請します

申 請 理 由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 (具体的に書いてください)
	[_____]

※市記入欄	再交付年月日	年	月	日						
	受給者番号									

※欄は記入しないでください。