

親

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 \_\_\_\_\_  
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( )		