

本人確認			
身分証	写真有	本人 確認証	免・マ・パ・他()
	写真無		資・こ医・他()

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府中市
(居住地)
氏 名
電話番号

次のとおり届け出ます。

(ふりがな) 受給者氏名	----- 男・女
個人番号	
受給者番号	
生年月日	年 月 日
住 所 (居 住 地)	府中市
事 由	☐ 破いた ☐ 汚した ☐ なくした ☐ その他 ()
受給者証を受領しました。 (自署) _____	
※ 以下は記入しないでください ☐ 入力日 (. .)	