

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費受給者証再交付申請書

令和 ○○年 ○○月 ○○日

浜中町長 様

申請者 住所 浜中町霧多布東4条1丁目35番地1
氏名 浜中 花子 ⑩
電話 ○○○○ - ○○ - ○○○○
対象者との続柄 本人

下記の理由により、重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費受給者証の再交付を申請します。

紛失等により番号がわからない場合は記入不要です。

申請者	受給者番号	7418529							
	氏名	浜中 花子			生年月日	昭和○○年 ○○月 ○○日			
	住所	浜中町霧多布東4条1丁目35番地1							
内容	再交付の理由	① 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()							
	※決定欄	町長	副町長	課長	係長	係	決定年月日	令和 年 月 日	
		1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。							
		却下理由							

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。