

重度心身障がい者 医療費受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
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。

記

申請者	受給者番号	7418529								
	氏名	浜中 花子			生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	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。