

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  
氏 名 ⑩  
電 話 - -  
対象者との続柄

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

記

申 請 者	受給者番号											
	氏名				生年月日	年 月 日						
	住所											
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。