

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

猪苗代町長様

住所  
申請者氏名 印

重度心身障害者医療費受給者証を 破損 紛失 したので再交付願いたく申請します。

受給者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者証 記号・番号	
保護者	氏名		続柄	
	住所			
加入 保険	保険者名			
	記号・番号			
	被保険者			
	事業所			

(注) これ以下は記入しないでください。

決 裁	課長	主任	担当	処 理 欄	処理年月日	台帳記入	処理者印
					平成 . .		