

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

令和 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	係長	担当	処 理 欄	処理年月日	台帳記入	処理者印
					令和 . .		