

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者 住 所

氏 名

⑩

(受給者との続柄

)

TEL

—

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の再交付を申請します。

受給資格者	氏 名	生年月日 年 月 日生		
	住 所			
加入 医療 保険	世帯主、被保険者等 氏 名			
	保 険 種 別		発 行 機 関	
	記 号 番 号			
受 給 者 番 号				
再交付理由				
1 破損				
2 汚損				
3 紛失				

(注) 再交付理由が1、2のときは、受給者証を添付してください。