

重度心身障がい者医療費助成
受給者証再交付申請書

受給者 番 号		受給者氏名		性別	男・女
		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月
住 所	十日町市				
再交付申請 の 理 由					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
申請者
氏 名

ⓐ

(受給者との続柄

)

市 町 村 長 様

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
3 記名押印に代えて署名することができます。