

様式第6号(第10条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

内子町長 様

申請者 住 所
氏 名



下記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			
	住 所	生年月日 年 月 日生		
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			
受給者証記号番号				
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。