

様式第3号(第4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

(あて先) 本庄市長

住所  
氏名 ㊟  
(電話 )

重度心身障害者医療費受給者証を <sup>破損</sup> <sub>亡失</sub> したので、再交付を申請します。

受給者	氏名		男女	生年月日	年 月 日	
	住所				申請者との続柄	
	加入医療保険の種別	協・組・船・共・国・後				
	記号番号					
	保険者名					
保護者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所				受給者との続柄	

決裁	課長	補佐・係長	合議	担当者	受付	年 月 日
					交付	年 月 日