

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 花子
受給者との続柄 母

下記の理由により重度心身障害者医療費受給者証・ひとり親等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 者	受給者	氏名	斜里花子 斜里町子		個人番号	000000000000 000000000000	
		住所	斜里町本町12番地		受給者番号	000000 000000	
申 請 内 容	再 交 付 の 理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他					
		()					
※ 決 定 欄	課長	係長	係	決定年月日	年	月	日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。						
	却下理由						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。