

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 太郎
受給者との続柄 本人

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 太郎			個人番号	000000000000		
		住所	斜里町本町12番地			受給者番号	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							
		<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 10px 0;"></div>							
※ 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。