

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

氏名

受給者との続柄

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 内 容	受給者	氏名		個人号	
		住所		受給者号	
	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。