

課長	係長	主査	係

重度心身障がい者  
ひとり親家庭等

受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

音更町長 あて

住 所

氏 名

電 話

下記の理由により重度心身障がい者・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請をします。

記

受給者番号	
受給者氏名	
受給者住所	
理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の理由発生年月日 (平成・令和 年 月 日)
	(町処理年月日) 令和 年 月 日

※事務処理欄

受付	交付方法
㊤	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 ( 年 月 日)