

課長	主幹	係長	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**

平成 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 年 月 日)		
		(町処理年月日)	平成 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)	