

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 <p style="text-align: center;">(平成 年 月 日)</p>
(町処理年月日) 平成 年 月 日	

※事務処理欄

受付	交付方法
④	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 <p style="text-align: center;">(年 月 日)</p>