

第3号様式

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

只見町長 様

申請者 住 所
氏 名

印

重度心身障害者医療費受給者証を破損 したので再交付願いたく申請します。
紛失

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所		受給者証 記号・番号	
保護者	氏 名		続 柄	
	住 所			
加入 保 険	保 険 者 名			
	記号・番号			
	被 保 険 者 名			
	事 業 所			

(注) これ以下は記入しないでください。

決 裁	課 長	係 長	係 員	処 理 欄	処 理 月 日	台帳記入	処理者印