

重度心身障がい者医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

倶知安町長 様

申請者 住所
氏名
受給者との続柄
電話番号

下記の理由により重度心身障がい者医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	氏名							受給者番号		
	住所									
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		室長		係長		係		決定年月日	令和 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。