

様式第3号

決 裁		受付	年	月	日
		交付	年	月	日
		決裁	年	月	日

重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書

受給資格者証NO.					
受 給 資 格 者	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日
	住所				
	加入保険				
	記号番号				
	被保険者又は 世帯主名				
<p>重度心身障害者医療費受給資格者証を 亡失 破損 したので再交付ねがいたく申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 (印)</p> <p>高原町長 殿</p>					