別記第７号様式（第７条関係）

重度心身障害者

医療費受給者証再交付申請書

ひとり親家庭等

年　　月　　日

幌延町長　様

申請者　住　所　天塩郡幌延町
氏　名
受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">申請内容</td><td rowspan="3">受給者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付の理由</td><td colspan="6">1　破損した
2　汚損した
3　紛失した
4　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">※決定欄</td><td>課長</td><td></td><td>主幹</td><td></td><td>係長</td><td></td><td>担当</td><td></td><td>決定年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="10">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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">却下理由</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

（注）※欄は記入しないでください。