

別記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

⑩

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

申 請 者	受 給 者	氏 名		受給者 番 号						
		住 所								
		個人番号								
内 容	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		主 幹		係 長		担 当		決 定 年 月 日	平成 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。