|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当者 | 受付 | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  | 決裁 | 年　　月　　日 |
| 交付 | 年　　月　　日 |

様式第３号（第３条関係）

重度障害者医療費受給資格者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　給　　対　　象　　者 | 氏　名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　 |
| 加入者番号 |  |
| 記号・番号 |  |
| 被保険者又は世帯主名 |  |
| 重度障害者医療費受給資格者証を亡失破損したので再交付願いたく申請します。　　年　　月　　日住　所　　申請書氏　名　　　　　　　　　　　　　　印川南町長　様 |