

様式第3号（第3条関係）

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

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			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請書</p> <p>氏名</p> <p>川南町長 様</p>				