

決 裁					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				
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 申請者 氏 名 川南町長 様				