

## 様式第3号(第8条関係)

## 重度心身障がい者医療費受給者証再交付申請書

年　月　日

西会津町長　　様

住　所

申請者

氏　名

(印)

重度心身障がい者医療費受給者証を 破損  
紛失 したので、再交付願いたく申請します。

受 給 者	氏　名			生年月日	年　月　日			
	住　所			受給者証 記号・番号				
保 護 者	氏　名			続　柄				
	住　所							
加 入 保 険	保険者名							
	記号・番号							
	被保険者名							
	事　業　所							
※これ以下は記入しないで下さい。								
決 裁	課　長	課長補佐	係　長	係　員	処理欄	処理月日	台帳記入	処理者印