

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<br>記号・番号 |       |
| 保護者          | 氏 名       |  | 続 柄           |       |
|              | 住 所       |  |               |       |
| 加入<br>保<br>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<br>裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | 処<br>理<br>欄 | 処理月日 | 台帳記入 | 処理者印 |
|        |     |      |     |     |             |      |      |      |