

別記様式第7号(第7条関係)

重度心身障害者
医療費受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次の理由により重度心身障害者医療費受給者証、ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	住 所	公費負担者 番 号		
	氏 名	受 給 者 番 号	第	号
理 由	1 破損した			
	2 汚損した			
	3 紛失した			
	4			