別記様式第7号(第7条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 重度心身障害者ひとり親家庭等 | 医療費受給者証再交付申請書 |

年　　月　　日

　　厚岸町長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

(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 |