

別記第7号様式

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

寿都町長 様

申請者 住所
氏名



下記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			
	氏名	受給者証 記号番号	第号	
理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4			