

別記第7号様式（第8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

江差町長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号

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

申 請 内 容	受給者	氏名		受給者番号	
		住所			
	再交付の理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()			

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		係		決定年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。									
	却下理由									