

# 重度障害者福祉医療証再発行申請書

年 月 日

松 田 町 長 殿

住 所  
申請者(保護者) 氏 名 ⑩  
受給者との続柄  
電話番号

次のとおり申請します。

受 給 者	氏 名		男 女	年 月 日生
	住 所			年齢
重度障害者 福祉医療証番号				
再発行事由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失			

- ・ 医療証が破れたり、汚れたときは、医療証をこの申請書に添付してください。
- ・ 紛失した医療証が見つかったときは、すみやかに返還してください。