

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。