

重度心身障がい者

医療費受給者証再交付申請書

ひとり親家庭等

年 月 日

南 幌 町 長 様

申請者 住 所 南幌町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記の理由により重度心身障がい者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

受 給 者	住 所	南幌町		
	氏 名		受給者番号	
	個人番号			
理 由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4.			