**様式第７号（第５条関係）**

**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**

**令和　　　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．** | | | |