

(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

| | | | | | |
|----------|------|-------|---|----|-----|
| 受給者番号 | | 受給者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 南魚沼市 | | | | |
| 再交付申請の理由 | | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 南魚沼市
申請者
氏名

(受給者との続柄)

南魚沼市長 様

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
3 記名押印に代えて署名することができます。

| | | |
|--------|---------------------------------|-----|
| 市役所処理欄 | <input type="checkbox"/> 交付済 | 受付者 |
| | <input type="checkbox"/> 本課から郵送 | |