様式第4号(第5条関係)

重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書

年　　月　　日

　藤崎町長

住所

申請者

氏名

　次のとおり、重度心身障害者医療費受給者証等の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | 　 | 受給者番号 | 　 |
| 再交付の理由 | （１）　受給者証等をなくしたため。（２）　受給者証等の汚損、破損が著しく使用不可能なため。（３）　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

(注)　1　理由欄の該当する事項を○で囲むこと。

　　　2　（２）、（３）の理由の場合は、受給者証等を添付すること。