

重 度 障 が い 者 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

みやこ町長 殿

申請者 住所 みやこ町
氏名

次のとおりですから、重度障がい者医療証を再交付してくださるよう申請します。

重度障がい者医療証の
受 給 者 番 号

--	--	--	--	--	--	--

受 給 者 の 氏 名 _____

- 申 請 の 理 由
- 1. なくした
 - 2. やぶれた
 - 3. よごれた
 - 4. その他 ()