

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

帯広市長 様

届出人 住 所

氏 名

(電話 )

次の理由により重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受 給 者	住 所			
	氏 名		受給者証 記号番号	
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4			

※決定欄

課 長						起 案 年 月 日	年 月 日
						決 裁 済 年 月 日	年 月 日
						起 案 者 職 氏 名	
1 上記の理由により、受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記再交付申請を却下する。							
却下理由							

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。