別記第８号様式

　　　　　　　　重度心身障害者

　　　　　　　　　　　医療費受給者証再交付申請書

　　　　　　　　ひとり親家庭等

　　年　　月　　日

苫　前　町　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　苫前町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

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 | 苫前町字 |
| 氏　名 |  | 受給者証記号番号 | 第　　　号 |
| 理　由 | 1. 破損した
2. 汚損した
3. 紛失した
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５ |