

様式第3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

六戸町長 殿

住所

氏名

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証（決定通知書）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（決定通知書）を紛失した。 (2) 受給者証（決定通知書）を破損、汚し使用不可能なため。 (3) その他（ ）