

## 重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者 住所

氏名

電話

重度心身障害者医療費医療費受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
受給者番号		
フリガナ		生 年 月 日
受給者氏名	S・H・R 年 月 日	

申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他( )
備 考	

交付年月日	決裁			受付印
年 月 日	課長	係長	係	
窓口・郵送				
※窓口交付の本人確認方法 マイナンバーカード 運転免許証 その他 ( )				