様式第7号(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　受給者番号 | 　 | 受給者氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 住所 | 　 |
| 再交付申請の理由 | 　 |

　上記のとおり申請します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

住所

申請者

氏名

(受給者との続柄　　　　)

　(宛先)村上市長

注1　再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。

　2　破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。