

様式第 4 号(第 8 条関係)(用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

重度障害者(児)医療費助成金受給者証再交付申請書

年 月 日

長泉町長 様

受給者 住所
氏名 ※
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

次のとおり、重度障害者(児)医療費助成金受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名		
再 交 付 の 理 由		
紛失年月日	年 月 日頃	

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください。