

課長	課長補佐	係長	係	係

受給者証再交付何 決裁年月日 令和 年 月 日

受付印

第11号様式（第8条関係）

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

清水町長 様

申請者	住所			
	氏名			
	対象者との続柄		電話番号	

次の理由により、重度心身障害者医療費受給者証・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	清水町		
	氏名		受給者番号	
理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()			

※ 処理欄	証交付	台帳	電算処理	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 年 月 日			

※印の欄は、記入しないでください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。