

様式第5号(第6条関係)

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|-----|-------|
| 決 裁 | | | | | | 受 付 | 年 月 日 |
| | | | | | | 決 定 | 年 月 日 |
| | | | | | | 交 付 | 年 月 日 |

| 重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書 | | | | | | | |
|---|-------------|-------|----|-----|----|----|-----|
| 受給資格証の記号・番号 | | | | | | | |
| 助 成 対 象 者 | ふりがな 氏 名 | | | | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | |
| 申 請 者 (受 給 者) | ふりがな 氏 名 | | 性別 | 男・女 | 続柄 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | |
| (備考) | | | | | | | |
| <p>重度心身障害者医療費受給資格証を 紛失 したので、受給資格証の再交付を申請しま</p> <p>す。</p> <p>年 月 日</p> <p>吉野ヶ里町長 伊 東 健 吾 様</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> | | | | | | | |