

決 裁 欄	課長	係長	係

重度障がい者医療証再交付申請書

大川市長 様

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話 (_____ - _____)

下記のとおり、重度障がい者医療証の再交付を申請します。

受 給 者 番 号

受 給 者 氏 名

個 人 番 号

--	--	--	--	--	--

申請の理由

1. なくした
2. やぶれた
3. よごした
4. その他

(_____)