

記載例

別記様式第7号（第6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

赤枠の中を記載してください。
記入漏れがあった場合、申請書の受理
ができない場合がありますので、ご注
意ください。

申請者 住 所 留萌市幸町1丁目11番地
氏 名 練 一 郎
受給者との続柄 父
電話番号 (0164) 42 - 1805

下記の理由により 重度心身障害者・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

申請内容	受給者	氏 名	練 花子				受給者番号	
	理 由	住 所						
			1 破損した					
			2 汚損した					
			3 紛失した					
			4 その他					
※ 処 理 欄	課長	係長	係	合議	処年	理日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので証を再交付する。							
	2 次の理由により上記申請を却下する。							
	却理	下由						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。