

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 鯉 花子
受給者との続柄 本人
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	鯉 花子、太郎					受給者番号		
		住 所								
理 由		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 月 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。