

## 重度障がい者医療証再交付申請書

年 月 日

中間市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり中間市重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則第7条第1項の規定により重度障がい者医療証の再交付について申請します。

NO	受給者番号	氏名	生年月日
①			年 月 日
②			年 月 日
③			年 月 日
④			年 月 日
⑤			年 月 日

申請の理由

1 紛失した

2 破損した

3 その他（ ）