第3号様式

破損

紛失

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書年　　月　　日小野町長　　　　殿 |
| 　 | 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　㊞ |
| 重度心身障害者医療費受給者証を　　したので再交付願いたく申請します。 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 　 | 受給者証記号・番号 | 　 |
| 保護者 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 加入保険 | 保険者名 | 　 |
| 記号・番号 | 　 |
| 被保険者名 | 　 |
| 事業所 | 　 |

(注)　これ以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 副課長 | 課　員 | 処理欄 | 処理月日 | 台帳記入 | 処理者印 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |