

我孫子市重度障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

我孫子市長あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

次のとおり、重度障害者医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者番号							
受給者	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
再交付の理由	該当する番号に○を付けてください。 1 紛失 2 破損・汚損（受給券を添付すること。） 3 その他（ ）						
備 考							

添付書類

重度障害者医療費助成受給券（様式第3号）（紛失した場合を除く。）