

第7号様式(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者号		受給者氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日		
住所					
再交付申請の理由					

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

(受給者との続柄)

阿賀野市長 様

- (注)
- 1 再交付申請の理由は、具体的に詳しく記載すること。
 - 2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。