苓北町重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書

 　　　　年　　月　　日

 苓北町長　田　嶋　章　二　様

申請者 住所 苓北町

　　　　　　 氏名

　下記の理由により苓北町重度心身障害者医療費受給資格者証の再交付を申請します。

記

 １．受給資格者証番号　Ｎo．

 ２．再交付を受ける理由

 ア　　破損又は汚損

 イ　　亡　失

 ウ その他 　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）