様式第5号(第6条関係)

受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

西原町長　　殿

申請者　住所

氏名

次の理由により、西原町重度心身障害者(児)医療費受給資格者証を再交付してくださるよう申請します。

1　受給者番号

2　受給者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　申請の理由　1　なくした。

2　やぶれた。

3　汚れた。

4　その他(　　)