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			
We or III the last th	亚西亚毛萨入克萨字类 /	旧一层房建		스크:	六八八	
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()				