

第4号様式（第9条第1項）

重度心身障害者医療費等助成受給券再交付申請書

年 月 日

香取市長 様

住 所
 申請者 氏 名
 (保護者) 本人との
 続 柄
 電話番号

次のとおり重度心身障害者医療費等助成受給券の再交付を申請します。

氏 名		男 女	生年月日	年	月	日
住 所						
医 療 受 給 券	番 号					
被保険者証 発 行 機 関	名 称		記号		番号	
	所在地		付加給付	有 ・ 無		
障 害 程 度		手帳番号				
再 交 付 の 理 由	該当する項目に○をしてください。 1 破損 2 紛失 3 その他 ()					
備 考						