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

　　富津市長　様

申請者　住　所

氏　名

電　話

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 住所 | □申請者と同じ | | | | 申請者 との続柄 | | □本人 | |
| 氏名 | □申請者と同じ | | 男･女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 加入 医療保険 | 政府・組合・日雇  船員・共済・国保  後期 | 記号番号 | |  | | 本人・ 家族の別 | | 本人  家族 |
| 保険者名 | |  | |
| 再交付の理由 | | 該当する項目に○をしてください。  　１　紛失  　２　汚損・破損  　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | |

　注　受給券の汚損又は破損の場合は、その受給券を必ず添付してください。