

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 氏名 印

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下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( )