

重度心身障害児者医療費受給者証再交付申請書								
受給資格者	受給者番号							
	ふりがな					性別	生年月日	
	氏名					男・女	年 月 日	
	住所					被保険者との続柄		
保護者	ふりがな					性別	生年月日	
	氏名					男・女		
	住所					受給資格者との続柄		
加入医療保険	被保険者氏名 (世帯主)					被保険者住所		
	被保険者証 記号番号				付加給付 の状況	有 無		
	被保険者証 発行機関名 (保険者番号)	()				発行機関 所在地		
<p style="text-align: center;">破損 したので受給者証の再交付を申請します。</p> <p>重度心身障害児者医療費受給者証を 亡失</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>日高川町長 様</p>								

保護者欄は、受給資格者が20歳未満の場合記入すること。