

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;"> 重度心身障害児者医療費受給者証を 破 損 した ので 受給者証の再交付を申請します。 亡 失 </p> <p style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 </p> <p style="text-align: center;"> 住 所 申請者 氏 名 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。