様式第4号(第4条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

住所

申請者

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者証を | 損傷  亡失 | したので、再交付を申請します。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | 男・女 |
| 生年月日 |  | 申請者との続柄 |  | |
| 保護者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 |  | 受給者との続柄 |  | |