

別記様式第7号(第9条関係)

重度心身障がい者医療費受給者証再交付申請書

受給者番号		受給者氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日		
住所					
個人番号					
再交付申請の理由					

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名
(受給者との続柄)

新潟県妙高市長 宛て

- (注) 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
3 記名押印に代えて署名することができます。