

第8号様式（第7条関係）

東庄町重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

申請者  
(保護者) 氏名  
住所  
本人との  
続柄  
電話番号

㊞

重度心身障害者医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者	住所					
	氏名	男女	生年月日	年	月	日
	受給者番号					
被保険者証	名称		記号		番号	
発行機関	所在地		附加給付	有 ・ 無		
障害程度			手帳番号			
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 破損 2 紛失 3 その他 ( )					
備考						