

重度障害者(児)医療費受給資格証再交付申請書

令和 年 月 日

越前町長 様

住所

申請者 氏名

個人番号

電話番号

破 損
汚 損
亡 失
重度障害者(児)医療費受給資格証を したので、再交付を申請いたします。

受給資格者証	番号			
	氏名	個人番号	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生
	住所	丹生郡 越前町		

備考

(注) 破損・汚損した受給資格証を添付してください。