

様式第5号（第3条関係）

重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書					
受給資格者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	那須塩原市			
	加入保険	被保険者氏名			
		記号番号			
		保険者名称			
<p style="text-align: center;">破損</p> <p>重度心身障害者医療費受給資格者証を 亡失 したので再交付願いたく申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p>					

受付	令和 年 月 日
交付	令和 年 月 日