

様式第7号

重度心身障害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	大・昭 平・令 年 月 日	
住所	新潟県佐渡市			
再交付申請 の理由				

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 新潟県佐渡市
申請者
氏名

(受給者との続柄)
電話番号 () -

佐渡市長 渡辺 竜五 様

- (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。