

様式第 5 号(第 6 条関係)

㊟ 重度心身障がい者等医療費受給者証(認定書)再交付申請書		
受給者証 (認定書)	氏 名	生 年 月 日
	男・女	年 月 日
	住 所	徳島県 市郡 町村
重度心身障がい者等医療費受給者証記号番号 // 認定受給者番号		号
理 由 重度心身障がい者等医療費受給者 〔 証 認定書 〕 を 〔 破 損 汚 亡 失 〕 したのでこの再交付を申請いたします。 年 月 日 徳島県美波町長 様 (申請者) 氏 名 _____ ㊟		

注 重度心身障がい者等医療費受給者証(認定書)を破損し、又は汚したため、この申請を行う場合には、破損し、又は汚した重度心身障がい者等医療受給者証(認定書)を添付してください。