

重度心身障害者医療費助成金受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所
受給者
氏 名 ㊟

次のとおり重度心身障害者医療費助成金受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名	
紛失等年月日	年 月 日頃
再交付の理由	

（注）破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください。