

医療受給者証再交付申請書							
精神障害者・障害児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						昭和 平成 令和
精神障害者・障害児	フリガナ					電話番号	
	受診者住所						
保護者	フリガナ					受診者との続柄	
	保護者氏名						
保護者	フリガナ					電話番号	
	保護者住所						
申請の理由							
<p>上記のとおり、医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">東北町長 殿</p>							

注 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付すること。

2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに町に返還すること。