

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						平成 令和
保 護 者	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 style="margin-left: 100px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 450px;">印</p> <p style="margin-left: 150px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 350px;">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。