

第3号様式（第6条関係）

障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

愛川町長 殿

届出人 住 所

氏 名

電 話

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

記

受給者証番号		
受 給 者	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	

申請理由
理由に○をつけてください。 1 なくした 2 やぶれた 3 よごれた 4 その他