

重度障害者（児）医療費助成金受給者証再交付申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

申請者 住所
氏名
連絡先

次のとおり、重度障害者（児）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	
再交付を申請する理由	
紛失の場合 その年月日	年 月 日頃

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証を添付すること。