

重度障害者医療証 再交付申請書

令和 年 月 日

守口市長あて

申請者 住所

氏名

受給者との続柄 ()

電話

守口市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第12条の規定により、下記の通り医療証の再交付を申請します。

受給者	受給者番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

申請理由	理由に○をつけてください。 1 紛失したため 2 破損したため 3 汚れたため 4 その他 ()
------	---

受付日	発行者	確認者	交付
			郵送 窓口