

川越市重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

(提出先)
川越市長

令和 年 月 日

住 所
申 請 者 氏 名
電話・FAX

受給者との続柄
〔 〕

次の者に係る重度心身障害者医療費受給者証を（破損・亡失）したので再交付を申請します。

受給者	フリガナ		生年 月日	明大	年 月 日
	氏 名			昭平	
	住 所				
	フリガナ				
	被保険者 氏 名				
	保険者番号		記号番号		
	保 険 者 の 名 称				
保護者	氏 名		受給者との 続 柄		

受給者番号	
交 付 日	年 月 日
交 付	窓口 ・ 郵送