

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書				
年 月 日				
杉戸町長 あて				
住所 氏名 電話番号				
重度心身障害者医療費受給者証を 破損 したので、再交付を申請します。 亡失				
受給者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		申請者 との続柄	
	受給者証 番号			

決裁						受付	年 月 日
						交付	年 月 日