

重度障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者について記入してください。

受給者番号	0123456	受給者氏名	長岡 太郎
		生年月日	昭和50年 1月 1日
住 所	長岡市大手通1丁目4番地10		
個人番号 (マイナンバー)			

再交付理由について記入してください。

再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損のため <input checked="" type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	---

上記のとおり再交付を申請します。

受給者について記入してください。

○ 年 ○ 月 ○ 日	
住 所	長岡市大手通1丁目4番地10
申請者	
氏 名	長岡 太郎

長岡市長 様