

柏市重度心身障害者（児）医療費助成受給券再交付申請書

令和 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄（ ）

電 話

次のとおり重度心身障害者（児）医療費受給券再交付を申請します。

受 給 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生	
	氏 名				
	住 所	〒			
理由 (該当する項目を ○で囲む こと)	1. 紛失 2. 破損 3. その他（ ）				

担 当 者	交 付 日
	令和 年 月 日