

重度障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者番号	受給者氏名	
	生年月日	
住 所		
個人番号 (マイナンバー)		
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損のため <input 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。

年 月 日

住 所
申請者
氏 名

長岡市長 磯田 達伸 様