

様式第 5 号（第 7 条関係）

重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所 _____

氏名 _____
個人番号 _____
電話番号 _____

下記の重度心身障害者医療費助成受給券の再交付を受けたいので申請します。

受給者	番 号	
	住 所	
	氏 名	
再交付の理由		1 紛失 2 汚損・破損
備考		