第４号様式（第８条）

重度心身障害者（児）医療費助成受給券再交付申請書

年　　月　　日

横芝光町長　　様

申 請 者

住　所

氏　名　　㊞

重度心身障害者（児）医療費助成受給券を 破損 紛失 したので再交付を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">紛失（破損）理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受　給
資格者</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男
・
女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（注）破損の場合は、受給券を添付すること。