

記入例

障害者医療費受給者証再交付申請書

長久手市長 殿

R 年 月 日

医療費受給者証（オレンジ色・はがきサイズ）に印字されている受給者の氏名等を記入

住所 長久手市

氏名

再交付を希望する受給者の氏名等を記入

申請します。

給
者

住 所

愛知県長久手市

氏 名

生 年 月 日

申 請 理 由

- 1 破損
- 2 汚損
- 3 紛失
- 4 地番変更
- 5 その他

あてはまるものに○をつけてください。

受給者の健康保険証のコピーも提出してください。

受付

受付内容
確認

入力確認