

様式第9号（第11条関係）

障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者	氏名	(個人番号)	生年月日	年	月	日
	住所				続柄	
	加入保険					
	記号番号					
	保険者名					
障害者	氏名	(個人番号)	生年月日	年	月	日
	住所					

障害者医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。
亡失

年 月 日

南三陸町長 様

住所
受給者 氏名
個人番号