

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			

破損
障害者医療費受給者証を
亡失 したので再交付を申請します。

年月日

南三陸町長 様

住所
受給者 氏名
個人番号