# 重度障がい者医療証再交付申請書

年　月　日

大野城市長　宛

申請者　住所

氏名

電話（　　－　　）

下記の理由により、医療証の再交付を申請します。

| 受給者氏名 | 生年月日 | 受給者番号 |
| --- | --- | --- |
| | 年　月　日 | |

申請の理由

1．なくした

2．やぶれた

3．よごした

4．その他（　　）