

第6号様式（第8条関係）

重度障害者（児）医療費助成金  
受給者証再交付申請書

年 月 日

（宛先）沼津市長

申請者 住 所  
氏 名

次のとおり、重度障害者（児）医療費助成金受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名	
再 交 付 の 理 由	
紛失等年月日	年 月 日頃

（注）破損又は汚損の場合は、受給者証を添付すること。