様式第5号(第6条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受給資格者証再交付申請書**  年　　月　　日  国頭村長　　　　様  住所  申請書提出者(※1)  氏名　　　　　　　　　　㊞    続柄（　　　　　　）  次の理由により、国頭村重度心身障害者(児)医療費受給資格者証を再交付してくださるよう申請します。  1　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 2　受給者証番号 |  |  |
| 3　申請の理由　　　　　1　なくした  2　破れた  3　汚れた  4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | |

(※1) 申請書提出者が障がい者本人でない場合は、事実関係を確認できる書類を添付。