様式第１０号

スモン施術費助成券再交付申請書

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日
患者氏名				
住　所	（〒　－　） 区 市 郡　町 村　丁目　番　号　方 電話（　）			
助成券番号	ス　　号		助成券交付年月日	年　月　日
申請理由	１　破損した　２　汚した　３　紛失した			

（紛失した場合は事情を詳しく書いてください。）

本申請書に記載のとおり申請します。

年　月　日

申請者　住　所

氏　名

（患者との続柄　　）

東 京 都 知 事 殿

（注）破損した場合又は汚した場合は、その助成券を添付してください。

（日本工業規格Ａ列４番）