様式第５号（第６条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

廿 日 市 市 長　様

申請者の氏名等を記入してください。

住　所

申　請　者

氏　名

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受　給　者　番　号			
受　給　者　氏　名		生年月日	年　　月　　日
再交付の理由 １　破　　損　　２　汚　　損 ３　紛　　失　　４　そ　の　他 （　　）			

該当する理由に○をしてください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。