様式第５号（第９条第１項）

年　　月　　日

　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

申請者（保護者）　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

　重度心身障害者医療費助成受給券の再交付を受けたいので、四街道市重度心身障害者医療費助成条例施行規則第９条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 障　害　者 | フリガナ | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 | 　 |
| 再交付の理由 | 該当する項目に○をしてください。　１　紛失　２　汚損・毀損　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
|  |