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 | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |