

様式第6号(第7条関係)

精神障害者医療費受給資格証再交付申請書

交 付 番 号		
障 害 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
受 給 者	住 所	
	氏 名	
	障害者との続柄	
再交付申請の理由		

注1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載してください。

2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給資格証を添えて提出してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

届出者 住 所

氏 名

(受給者との続柄)

電話番号

(あて先) 胎内市長