|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書年　　月　　日　　姶良市長　　　　　殿申請者　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　印　 |
|  | 申　請　理　由該当する項目の番号を○でかこんでください。 | １　やぶれた２　よごれた３　なくなった |  |
|  | 受給資格者証 | 記号 | 身（身体障害者）知（知的障害者）重（重複障害者） | 番号 | 第号 |  |
|  | 対　象　者 | 氏名 |  |  |
|  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| （注）受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。 |
| 受付年月日 | 年　月　日 | 決　　　　裁　　　　欄 |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| 再交付年月日 | 年　月　日 |  |  |  |  |