|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  |  | |  |  | |