

様式第4号（第6条関係）

重度心身障がい者医療費受給者証再交付申請書		
支 給 対 象 者	受 給 者（申 請 者）	
氏 名（ふりがな） 男 女	氏 名（ふりがな） 男 女	
大・昭・平・令 年 月 日生	大・昭・平・令 年 月 日生	
住 所 由布市	住 所 続柄	
理 由（該当するものに☑してください。） ☐ 受給者証を紛失したため ☐ 受給者証が汚損したため ☐ その他（ ）		
上記により再交付されるよう申請します。 令和 年 月 日 由布市福祉事務所長 様 申請者氏名 (TEL)		
※ 再 交 付 整 理	既 交 付	再 交 付
	記号番号	記号番号
	有効期間	有効期間
	再交付 令和 年 月 日 受給者証受渡（ 済 ・ 未（郵送・窓口）） (福祉・挾地振・湯地振) 職氏名	

備考 受給者が支給対象者の場合、受給者欄は記入を省略できること。
※欄（再交付整理）は市記入欄につき、申請者は記入する必要のないこと。