

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	
年 月 日生	年 月 日生	
住 所	住 所 続柄	
理 由 (該当するものに☑してください。)		
<input type="checkbox"/> 受給者証を紛失したため <input type="checkbox"/> 受給者証が汚損したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
上記により再交付されるよう申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 由布市福祉事務所長 様 <div style="text-align: right;">申請者氏名 (TEL)</div>		
※ 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 年 月 日 受給者証受渡 (済 ・ 未 (郵送 ・ 窓口)) 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。