様式第3号(第4条関係)

精神障がい者医療費受給者証再交付申請書

年　　　月　　　日

　(宛先)三条市長

申請者(受給者)　住所

氏名

　次のとおり再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | 1　破損・汚損　　2　亡失　　3　その他(　　　　　　　　) |
| 受給者 | ふりがな | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 備考 | 医療を受ける方 | 　 |
| 生年月日 | 　 |

(注)　1　破損又は汚損した場合は、受給者証を添えて提出してください。

　　　2　紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受給者証番号 | 　 |