

様式第3号(第6条関係)

臼杵市重度心身障害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)		氏名(ふりがな)		
男 女		男 女		
年 月 日生		年 月 日生		
住所 臼杵市		住所 続柄		
理由 1 紛失 2 汚損 3 破損 4 盗難 5 その他()				
上記により再交付されるよう申請します。				
年 月 日				
(あて先) 臼杵市長				
申請者氏名			印	
電話番号			()	
再交付整理 (市記入欄)	既交付		再交付	
	受給者番号		受給者番号	
	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	再交付		年 月 日	担当者 印

(受給者が支給対象者の場合は、受給者欄は記入しない。)