様式第３（第６条関係)

|  |
| --- |
| **障害者医療費受給者証再交付申請書**令和　　　年　　　月　　　日犬　山　市　長　住　　所申請者　氏　　名電話番号（　　　　 －　　　　 －　　　　）下記のとおり申請します。 |
| 受給者番号 | **５** | **１** | **６** |  |  |  |  |
| 受給者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　該当する事由にチェックを入れてください。 |
| 　　□　破　損　　　　　□　汚　損　　　　　□　紛　失 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備考 |  | 受付印 |
|  |
|  | 受付 | 確認 | システム | 証交付 |
|  |  |  | 窓口　　　年　　月　　日郵送　　　年　　月　　日 |