様式第３（第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **精神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 | | **９** | | **１** | | | **６** | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| 受給者 | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和  平成 | | | 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 | 助成区分 |
|  |  |  | 窓口　　　年　　月　　日  郵送　　　年　　月　　日 | □　通院のみ  □　全疾病 |