様式第３号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書令和　　年　　月　　日　　喜多方市長申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　)　重度心身障害者医療費受給者証を紛失（破損）したので再交付願いたく申請します。 |
| 受給者 | 受給者証記号・番号 | 喜多方・ |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |

注　これ以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理 | 受付 | 交付 | 台帳 | 交付年月日　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |
| 送付年月日　　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係　　　員 | 起案者 |
|  |  |  |  |  |