

障がい者医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏名 岡 崎 太 郎 印
(電話 局 番)

次のとおり障がい者医療費受給者証を再交付してください。

心身障がい者の 氏 名	岡 崎 花	心身障がい者 の生年月日	昭和 年 月 日
受 給 者 番 号	1 1 1 1 1 1 1 1		
再交付の理由	損 傷 汚 損 レ 亡 失		

注1 「再交付の理由」は、該当する にレ印を記入してください。

2 再交付の理由が損傷又は汚損の場合にあつては、損傷し、又は汚損した障がい者医療費受給者証をこの申請書に添付してください。

受給者証