

第5号様式（第6条関係）

心身障害者医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

御杖村長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	受給資格証 受給者番号	
	氏 名	
	住 所	
申 請 理 由	1 紛失      2 破損      3 その他	

- (注) 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。  
2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、早急に返還してください。