第4号様式

精神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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定 | 副村長 | 課長 | 課長補佐 | 課長補佐 | 係 | 決裁年月日 |  |
|  |  |  |  |  | 再交付年月日 |  |
| 台帳整理 |  |

(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、早急に返納してください。