

精神障害者医療費受給者認定書再交付申請書

安 城 市 長

注意 1 太枠の中のみ記入してください。
2 □のところは、該当するものに✓印を付けてください。

申請日 令和 ○年 △月 ×日

申請者	住 所	安城市桜町18番23号		
	氏 名	安 城 太 郎	電 話	0566-71-2232
受給者	受給者番号	1234567		
	氏 名	安 城 太 郎		
	生 年 月 日	昭和50年1月1日		
再交付申請の理由		<input type="checkbox"/> 破 っ た <input type="checkbox"/> 汚 し た <input checked="" type="checkbox"/> 失 っ た <input type="checkbox"/> そ の 他 ()		
添付書類		精神障害者医療費受給者認定書又は精神障害者医療費受給者証 (破ったとき又は汚したとき)		

根拠規定 安城市精神障害者医療費助成条例施行規則 様式第5 (第6条関係)