

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。 申請日 令和 年 月 日
2 □のところは、該当するものに✓印を付けてください。

申請者	住 所			
	氏 名		電 話	
受給者	受給者番号			
	氏 名			
	生 年 月 日			
再交付申請の理由		<input type="checkbox"/> 破 っ た <input type="checkbox"/> 汚 し た <input 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)