

精神障害者医療費受給者証再交付申請書

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			
	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		破 っ た 汚 し た 失 っ た 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(その2)(第6条関係)