

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	安城市桜町 1 8 番 2 3 号		
	氏 名	安城 太郎	電 話	0566-71-2232
受給者	受給者番号	9 1 3 (5 1 3) × × × × × ×		
	氏 名	安城 太郎		
	生 年 月 日	昭和 5 0 年 1 月 1 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)