

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 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 安城市障害者医療費助成条例施行規則 様式第3（第7条関係）