

様式第 4 号（規則第 4 条関係）

重度心身障がい者医療費受給者証再交付申請書

(申 請 先) 新 座 市 長 (障がい者福祉課) 年 月 日				
住 所 新座市 丁 目 番 号				
申請者 氏 名 電 話 ()				
重度心身障がい者医療費受給者証を 破 損・亡 失 したので、再交付を申請します。				
受 給 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	新座市		申請者との続柄
	加入医療 保険の種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後		
	被保険者証 の記号番号			
	保険者名			
保 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			受給者との続柄

決 裁	課長	副課長		係 長	担 当	受 付	年 月 日
						交 付	年 月 日