

様式第4号(第7条関係)

決	課 長	課長補佐	係 長	係
裁				

精神障害者医療費受給者証再交付申請書				
受給者	氏 名		障害者 との続柄	
	住 所	十日町市		
障害者氏名			生 年 月 日	年 月 日
加入 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号			
	保 険 者 名			
<p>汚損 精神障害者医療費受給者証を紛失したので再交付を申請します。 亡失</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>十日町市長 様</p>				