

様式第4号(第7条関係)

決	課長	課長補佐	係長	係員	担当者
裁					

精神障害者医療費受給者証再交付申請書					
受給者	氏名		障がい者 との続柄		
	住所	十日町市			
障がい者氏名			生 月	年 日	年 月 日
<p>精神障害者医療費受給者証を  <span style="margin-left: 200px;">汚損</span>  <span style="margin-left: 200px;">紛失</span>したので再交付を申請します。  <span style="margin-left: 200px;">亡失</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p>十日町市長 様</p>					