

記入例

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

平成31年1月11日

春日部市長 あて

住 所 **春日部市中央6-2**

申請者 氏 名 **春日部 太郎** 

電話番号 **048 (736) 1111**

(受給者との続柄 **父**)

重度心身障害者医療費受給者証を 破損・したので、再交付を申請します。

受給者	フリガナ	カスカベ ハナコ	生年月日	平成26年10月1日	
	氏名	春日部 花子			
	住所	春日部市中央6-2			
保護者	氏名	春日部 太郎	生年月日	昭和62年10月10日	
	住所	春日部市中央6-2			
	備考	<div data-bbox="427 1458 1321 1626" style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※ 受給者が未成年や成年被後見人等の場合、記入してください。</p> </div> <div data-bbox="518 1659 1166 1765" style="background-color: #ff00ff; color: white; text-align: center; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>申請時に必要なもの</p> </div> <div data-bbox="280 1704 1445 2136" style="border: 2px solid red; border-radius: 25px; padding: 20px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • 本人確認できる書類（障害者手帳・運転免許証など） • 印鑑（朱肉を使用するもの） <p>※代理人の方が申請される場合は、上記に加えて、代理人の方の本人確認できる書類、受給者の障害者手帳または委任状が必要となります。</p> </div>			

決裁	課	<p>※代理人の方が申請される場合は、上記に加えて、代理人の方の本人確認できる書類、受給者の障害者手帳または委任状が必要となります。</p>	日
			日