様式第６号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書**  令和　　　年　　　月　　　日  　春日部市長　あて  住　　所  申請者 氏　　名  電話番号 　　　　（　　　　）  （受給者との続柄 　　　　　　）  　重度心身障害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 | フリガナ |  | 生年月日 | T・S  H・R  年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  |
| 住所 | 春日部市 | | | | |
| 保 護 者 | 氏名 |  | 生年月日 | S・H　　　年　　　月　　　日 | | |
| 住所 |  | | | 受給者  との続柄 |  |
| 備　 考 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課 長 | 主 幹 | 主 査 | 担 当 |  | 受 付 | 令和　　 年　　 月　　 日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 交 付 | 令和　　 年　　 月　　 日 |

処理欄　制度改正　新・旧　所得区分：支給・停止