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・SH・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