

第5号様式（第11条関係）

精神障害者医療費助成受給者証再交付申請書

年 月 日

柏崎市長 様

住 所 柏崎市

受給者
氏 名 電 話

次のとおり、再交付を申請します。

受給者番号	—	受 療 者 (障害者)	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
再交付事由	1 破損・汚損 2 紛失		

以下、福祉課記入欄。

課長	係長	係					
			処理日		保存期間	5年	
			公開・非公開	一部非公開 (情報公開条例第6条第2号該当)			
			別紙のとおり、再交付しました。				障害福祉係