

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

受給者 住所 柏崎市
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