第６号様式（第１０条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | | | 受給者氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | | |  | | | | |
| 再交付申請の理由 | |  | | | | | |

　　上記のとおり申請します。

　　　　　　　　年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　印

（受給者との続柄　　）

　　　柏崎市長　様

　注１　再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。

　　２　破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

　　３　記名押印に代えて署名することができます。