

障害者医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者（受給者） 住所 金沢市 _____

氏名 _____

受給者証を（紛失・破損）したので再交付を申請します。

受給者番号			
ふりがな 受給者氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所			

処理欄	受給者証の送付は 要（未交付）・不要（交付済）	
	窓口で交付済の場合 台帳「入通院」区分確認	入通院・入院のみ（※）

（※）証に「入院医療費のみ」朱印