

障害者医療費受給者証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者(受給者) 住所 金沢市 広坂〇丁目〇番〇号

氏名 金沢太郎

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	〇〇〇〇〇〇〇〇		
ふりがな 受給者氏名	金沢太郎	生年月日	T・S・H・R 〇〇年〇〇月〇〇日
住 所	金沢市広坂〇丁目〇番〇号		

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