

第5号様式（第8条関係）

精神障害者医療費受給資格証再交付申請書

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

次のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	受給資格証		
	受給者番号		
	氏　　名	個人 番号	
住　　所			
申　請　理　由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（　　）		

備考

- 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
- 2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、早急に返還してください。