

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。