

重度心身障害者 医療費受給者証 再交付申請書

<受給者証を再交付する方>

フリガナ		生年月日	年 月 日												
氏名		個人番号													
住所 <small>(建物名等)</small>						市処理欄	宛名番号								
							受給者番号								

<再交付を申請する理由>

いずれかに○	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他()
--------	-----------------------------

<申請者> (受給者本人 または 保護者)

北見市長 様		(申請日)		年 月 日										
上記の理由により、重度心身障害者医療費受給者証の再交付を申請します。														
フリガナ		生年月日	年 月 日											
氏名	署名	個人番号												
		電話番号	- -											
住所 <small>(建物名等)</small>	<input type="checkbox"/> 受給者証を再交付する方と同じ (記入不要)					続柄	受給者証を再交付する方から見て							

北見市使用欄

本人確認	備考	受給者証		
①番・免・パ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他() 代理権確認手段 保険証 障害者手帳・委任状 他()		<input type="checkbox"/> 窓口交付 (. .) <input type="checkbox"/> 郵送 (. .)		
		第 4 類		
		課長	係長	係

