第５号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証再交付申請書  年　　月　　日  （宛先）  秦野市長  住　所  氏　名　　　　　　　　　　印  電　話  秦野市重度障害者医療費の助成に関する条例施行規則第９条第１項の規定により、再交付を申請します。  申請理由  １　紛失　　２　破損 | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 受給者番号 | 第　　　　　　　　号 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市処理欄 | | 身分確認 | | | １　障害者手帳 ２　運転免許証 ３　個人番号カード  ４ | | | |
| 新受給者番号 （第１項該当の場合） | | |  | | | |
| 決裁欄 | 課長 | | 課長代理 | 担当 | | 受付者 | 起案日 | ・　 ・ |
|  | |  |  | |  | 決裁日 | ・　 ・ |
| 交付日 | ・　 ・ |