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 | 　　・　 ・ |