様式第４号(第４条関係)

心身障害者医療費受給資格証再交付申請書

平成

令和

　　年　　月　　日

　　(あて先)さいたま市長

住所

申請者

氏名

(受給資格者との続柄　　　　　　　　　)

(電話番号　　　　　　　　　　　　　　)

　心身障害者医療費受給資格証を破損・紛失したので、次のとおり受給資格証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 受給資格者番号 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 |  |