様式第4号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者医療費受給資格者証再交付申請書    年　　月　　日      　　敦賀市長　　　　殿      住所  申請者  氏名 | | | | | |
| 障害者医療費受給資格者証を | | 破 損  汚 損  亡 失 | したので再交付を申請します。 | | |
|  | | | | | |
| 受給者番号 |  | | | | |
| 氏名 |  | | | 性別 | 生年月日 |
| 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | | | |
| 備考 | | | | | |

　(注)　1　破損し又は汚損した受給資格者証を添付してください。

　　　　2　亡失した受給資格者証が出てきたときは、直ちに返還してください。