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。