

第4号様式(第5条関係)

受給者番号	.	.	.	.	.	.	.	.	.
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

精神障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

清須市長 様

住所  
申請者  
氏名 ( ) 印  
電話 ( )

次のとおり受給者証を再交付してください。

受給資格者	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日		性別	男・女
	世帯主名			

加入保険	名称	
	記号番号	

申請理由	<p>1 破 損 2 汚 損 3 紛 失</p> <p>( 事情をお書きください。 )</p>
------	---