

# 函館市重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

函 館 市 長 様

住 所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

申請者 氏 名

受給者との続柄

電 話 局 番

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者	受給者証の 受給者番号			
	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和
	住 所	函館市 町 丁目	(番地) 番	号
保護者	氏 名			
	住 所	函館市 町 丁目	(番地) 番	号
理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 そ の 他			
備 考			再 交 付 年 月 日	
			※ 令和 年 月 日	

注 ※印欄は、記入しないでください。

証受領確認 (代理申請者含む)	
-----------------	--

公簿確認	受 付	入 力	検 証

受 付 印