

函館市重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

記載例

令和 4 年 4 月 4 日

函館市長様

住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番 1 号 (番地)

申請者氏名 巴 太郎

受給者との続柄 本人

電話 21 局 3187 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	6 1 2 3 4 5 6		
	氏名	巴 太郎	生年月日	大正・昭和 38 年 1 月 10 日 平成・令和 (番地)
	住所	函館市 東雲 町 丁目 4 番 1 号		
保護者	氏名			
	住所	函館市 町 丁目		
理由	1 破 損			
	2 汚 損			
備考	3 紛 失			
	4 そ の 他			
		令和	月	日

受給者証を受け取りましたら
署名してください。
代理申請の方の場合は
氏名・関係性・連絡先を
記入してください。

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

記載不要