

様式第 5 号

決 裁	係	係長	課長 補佐	課長	受付	年	月	日
					決定	年	月	日
					交付	年	月	日
重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書								
受給資格証の記号番号								
助 成 対 象 者 申 請 者 ( 受 給 者 )	ふりがな 氏名				性別	男・女		
	生年月日	年 月 日						
	住 所							
助 成 対 象 者 申 請 者 ( 受 給 者 )	ふりがな 氏名				性別	男・女	続柄	
	生年月日	年 月 日						
	住 所							
備 考								
<p>重度心身障害者医療費受給資格証を紛失破損したので、受給資格証の再交付を申請          します。</p> <p>年 月 日</p> <p>鳥栖市福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所          申請者          氏 名</p>								