

様式第 4 号

重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書		
受給資格証の番号		
受給者	ふりがな氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	鳥栖市
備考		
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。 年 月 日 鳥栖市福祉事務所長 様 住所 _____ 申請者 _____ 氏 名 _____		

【本人確認】 写真付手帳・マイナンバーカード・運転免許証・()

☐ 本人

☐ 代理人 同世帯 (氏名： 続柄：)
別世帯 委任状・身分証コピー

【必要書類】 受給資格証 ※再発行後の証をコピーすること。