

様式第4号(第4条関係)

障害者医療費受給資格者証再交付申請書			
年 月 日			
敦賀市長 殿			
住所 申請者 氏名			
破 損 障害者医療費受給資格者証を汚損したので再交付を申請します。 亡 失			
受 給 者 番 号			
氏 名		性 別	生 年 月 日
		男 ・ 女	年 月 日
住 所			
備考			

- (注) 1 破損し又は汚損した受給資格者証を添付してください。
2 亡失した受給資格者証が出てきたときは、直ちに返還してください。