

心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者	受給者証号			
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			申請者との続柄
保護者	氏名			生年月日
	住所			受給者との続柄
加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員の氏名			
	記号番号			
	名称			

心身障害者医療費受給者証を 破損
亡失 したので受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名 印

TEL

（宛先）狭山市長

（注）該当事項を で囲んでください。

処理欄	受付	年 月 日
	交付	年 月 日