第5号様式(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　月　　日  　さつま町長　　　　殿  申請者　住所    　　氏名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請理由  該当する項目の番号を〇で囲んでください。 | | | 1　破れた  2　汚れた  3　無くなった | | | | | | | | |  |
| 受給資格者証 | | | 記号 | 身(身体障害者)  知(知的障害者)  精(精神障害者）  重(重複障害者) | | | 番号 | | 第　　　　　　号 | | |
| 対象者 | 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日　生 | | | | | | | | |
| (注)　受給資格者証が無くなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | 年　月　日 | | | 決裁欄 | | | | | | | |
| 課長 | 監 | | 課長  補佐 | | 係長 | 係 | |
| 再交付年月日 | | | 年　月　日 | | |  |  | |  | |  |  | |

注　記名押印に代えて署名することができます。