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。