様式第3号（第6条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

支　給　対　象　者	受　給　者（申請者）
氏名（ふりがな）	氏名（ふりがな）
年　　月　　日　生	年　　月　　日　生
住所	住所
理由	

上記により再交付されるよう申請します。

年　　月　　日

佐伯市長　様

申請者氏名　　印

（電話　　）

再交付整理	既　交　付	再　交　付
	記号番号	記号番号
	有　効　・　・ 期　間　・　・	有　効　・　・ 期　間　・　・
	再交付　　年　　月　　日	担当者　　印

（注）受給者が支給対象者の場合は、受給者欄は記入を要しない。