

第3号様式（第6条第1項）

浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

浦安市長 様

郵便番号

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

電話番号

(対象者との続柄)

浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券の再交付を受けたいので、浦安市重度障がい者医療給付条例施行規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

受給者番号							
対 象 者	住 所	〒					
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日 (歳)					
再交付の理由		該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 毀損・汚損 3 その他 ()					
備 考							