

様式第9号

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)川口市長

(申請者)

住所

氏名

電話番号 ()

重度心身障害者医療費受給者証を

破損
・
亡失

したので、再交付を申請します。

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	川口市		申請者との続柄	
	被保険者氏名			受給者との続柄	
	保険者番号		記号番号 (被保険者番号)		
	保険者名				
保護者	氏名			受給者との続柄	
	住所				

【担当課処理欄】

受給者番号	
有効期限	年 月 日
交付日	年 月 日