

第7号様式（第9条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者 番 号		受給者氏名		性別	男・女
		生年月日	年	月	日
住 所	上越市				
個人番号					
再交付申請 の 理 由					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 上越市  
申請者  
氏 名

(受給者との続柄 )

(宛先) 上越市長

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。  
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。  
3 記名押印に代えて署名することができます。

※ 記載された個人情報、重度心身障害者医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。