

| |
|------|
| 整理番号 |
| |

| | |
|-------------------------|----|
| 別府市重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書 | |
| 年 | 月 |
| 日 | |
| 別府市長 | あて |
| 受給者住所・氏名 | |
| 住所 別府市 | |
| 氏名 (TEL ~) | |
| (印) | |
| 下記により再交付されるよう申請します。 | |

| | | | | |
|-------|----|-----|-------|----|
| 支給対象者 | 住所 | 別府市 | | |
| | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
| | | 男・女 | 年 月 日 | |

理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

上記の再交付申請により調査の結果交付決定をいたしたい。

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|--|---|----|--|
| 決裁欄 | 課長 | 補佐 | 係長 | | 係 | 受理 | |
| | | | | | | 決定 | |
| | | | | | | 通知 | |

| | | | |
|-------|-----|------------|-----------|
| 再交付整理 | 再交付 | 受給者番号 | 有効期間 |
| | | | (自) 年 月 日 |
| | | | (至) 年 月 日 |
| | 再交付 | 年 月 日(担当者) | (印) |