

第6号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住 所
氏 名
受給者との関係
電話番号（日中連絡先）

重度心身障害者医療費受給者証を 破損 しましたので、越谷市重度心身障害者医療
亡失 費支給に関する条例施行規則第5条第2項の規定により、再交付を申請します。

受給者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日		
保護者	氏 名		受給者との続柄	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		