

様式第4号

決 裁	部 長	課 長	副課長	係 長	係	受 付	年 月 日
						決 定	年 月 日
						資格証処理	年 月 日
						入 力	年 月 日

<p>重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書</p>		
整 理 番 号		
助 成 対 象 者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
<p style="text-align: center;">紛失 重度心身障害者医療費受給資格証を 破損</p> <p style="text-align: center;">したので、資格証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて先) 佐賀市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">(続 柄)</p>		