様式第16号(第11条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 心身障害者医療費受給資格証再交付申請書  年　　月　　日  　瀬戸内市長　　　　様  申請者　住所  氏名 | | | | | | | | | |
|  | 受給資格者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | | | 受給資格証記号・番号 | |  |
|  | 男・女 | 年　月　日 | | |  | |
| 再交付の理由 |  | | | | | | |
| 被保険者、組合員又は加入者氏名 |  | | | 加入医療保険 | 名称 | |  |
| 記号番号 | |  |
|  | | | | | | | | | |

(注)　破損の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。