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。