別記様式第４号（第６条関係）

精神障害者医療費受給者証再交付申請書

年　　　月　　　日

　府中市長　様

届出者住所

氏名

　次のとおり精神障害者医療費受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | | |
| 受給者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請の理由（該当するものを○で囲んでください。）  　　　　　　　　　　１　破損　　　　　　　　２　汚損  　　　　　　　　　　３　紛失　　　　　　　　４　その他  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |