（重度障害者医療費助成用）

医　療　証　再　交　付　申　請　書

医　療　証	負担者番号	8	0	1	4	0	1	0	6
	医療証番号	6	1	0	0	0	0	0	

お持ちの医療証に記載されている受給者番号を記入してください。医療証を紛失した場合は記入不要です。

対　象　者	フリガナ	サガミ　ハナコ	
	氏名	相模　花子	生　年　月　日 昭和 ○○ 年 ○月 ○日
	住所	相模原市中央区中央２－１１－１５	
申請の理由	1　紛失したため　　(3) 汚したため 2　破ったため　　4　その他（　　） 該当する申請事由を○で囲んでください。 再交付事由発生年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		

事由が発生した年月日を記入してください。

上記のとおり医療証の再交付を申請します。

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者本人の住所･氏名を記入してください。
※受給者が未成年の場合は保護者名を記入してください。

相模原市長　あて

ここから下は職員記入欄のため、記入せずにご提出ください。

*処理事項	医療証交付	年　月　日　郵送						
	備　考		電算処理欄					

・ *印の欄は記入しないで下さい。
・ 医療証が破れたり、よごれたりしたときは、その医療証をこの申請書に添付してください。
・ 紛失した医療証を発見したときは、その医療証をただちに返還してください。
・ 字はかい書で、はっきり書いてください。

高齢･障害者支援課　障害支援班(電話０４２－７６９－８３５５)