

障害者自立支援医療特別対策事業受給者証再交付申請書

フリガナ 受診者氏名 (申請者)	(記名押印又は自筆による署名) ⑩							生年月日				
								年	月	日	(
個人番号												
受診者住所	電話 — —											
受給者番号												
受給者証の有効期間	年			月	日	～	年			月	日	
再交付を受ける理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()											
備考												
<p>私は、上記のとおり障害者自立支援医療特別対策費支給事業受給者証・自己負担上限管理票の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>福知山市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ⑩ (記名押印又は自筆による署名) 個人番号</p>												

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、障害者自立支援医療特別対策費支給事業に係る事務に利用します。