様式第３号（第８条関係）

重度障害者医療証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）高槻市長

申請者
住　所
氏　名
受給者との続柄（　　）
電　話

次のとおり医療証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">申　請　理　由</td><td colspan="9">□汚　損
□紛　失</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受給者情報</td><td>住　所</td><td colspan="9">□　申請者と同じ</td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>資格開始日</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
</table>