

重度障害者医療医療証 交付更新 申請書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者住所

氏名

電話

下記のとおり(関係書類を添えて)医療証の交付(更新)を申請します。また、医療証の職権更新について承諾します。

Form with fields for application reasons, residence, personal information, insurance details, and disability status.

同意書

寝屋川市重度障害者医療医療証の(交付・更新)に関し、事務手続きを処理するために限り、地方税関係情報について取得することに同意します。

同意者 住所 氏名 生年月日

Form for recognition date and validity period of the medical certificate.