## 自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療・更生医療)

	フ	IJ	ガ	ナ								<u>/</u>	生年	月	目	
受	氏			名									年	i.	月	日
<del>=</del> ∆	フ	IJ	ガ	ナ							L					
診者	住			電話番号												
	個	人	番	号												
					フリ	ガナ			•	•	•	•			続杯	i
					氏	名										
保護者(受診者が18歳未満の 場合記入)					フリ	ガナ							•			
					住	所										
					個人	番号										
自立	工支援	医療費	受給者	番号												
医療受給者証の有効期間							年	月	日	から		年	· 月		日	まで
再交付申請の理由					1	破損		2	汚担	員		3 紛	·失			
					4 その他 (											
禾	私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療)の再交付を申請します。															
申請者氏名																
			年	月	日											
	小美玉市長 様															

- 注 1 破損又は汚損の場合には、その医療受給者証を必ず添付してください。
  - 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。