

自立支援医療(更生医療・育成医療)受給者証再交付申請書

士 幌 町 長 様

次のとおり自立支援医療(更生医療)受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所	電話番号	
保護者(受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所	電話番号	
自立支援医療費受給者番号			
申 請 の 理 由	1 紛 失 2 破損・汚損 3 その他( )		

(注)1 「申請の理由」欄は、該当する番号を○で囲んでください。該当する理由が「3 その他」であるときは、具体的な理由を記載してください。

2 申請の理由が破損又は汚損であるときは、受給者証を添付してください。