

様式第 3 5 号（第 2 7 条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

廿日市市長 様

年 月 日

次のとおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

自立支援医療費 受給者番号													
受 診 者 氏 名							生年月日	年 月 日					
住 所													
個 人 番 号													
保護者氏名(受診者が 18歳未満の場合記入)							続柄						
個 人 番 号													
再交付申請の理由	ア．紛失 イ．破損												

申 請 書 提 出 者	☐ 本人（受診者等） ☐ 本人以外（下の欄に記入してください。）													
	フリガナ							受 診 者 との関係						
	氏 名													
	住 所												電話番号	

※破損の場合は当該自立支援医療受給者証を添えて提出してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。