

浜田市福祉事務所長 様

申請者 氏名  
住所

自立支援医療受給者証再交付申請書

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。

受診者	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
※ 保護者	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名				
	フリガナ		電話番号		
	保護者住所				
再交付の理由	1 汚れ	〔 〕			
	2 破れ	〔 〕			
	3 紛失	〔 〕			

※ 受診者が18歳未満の場合に記入すること。

(注) 汚れ又は破れの場合は、自立支援医療受給者証を添付すること。