

# 自立支援医療受給者証(更生医療・育成医療)再交付申請書

名張市社会福祉事務所長 あて

平成 年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条第3項に基づき交付された自立支援医療受給者証を【破損・汚損・紛失・その他( )】しましたので、再交付の申請をします。

受給者番号 ※1		受給者証 有効期間※1	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日まで
受給者	(フリガナ) 受給者氏名	( )	性別 男 ・ 女 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	受給者住所	〒	電話番号
保護者 ※2	受給者が18歳未満の場合のみ記入		
	(フリガナ) 保護者氏名	( )	受給者との 関係
※3	保護者住所 ※3	〒	電話番号 ※3
破損、紛失等をした 具体的な理由			
破損、紛失等をした 年月日	平成 年 月 日 ・ 不明		

申請者

住所 〒

氏名

印

電話番号

受給者との関係

- ※1 現在の受給者証から判明する場合にのみ記入してください。
- ※2 受給者が18歳未満の場合のみ記入してください。
- ※3 受給者本人と異なる場合に記入してください。
- ※4 破損及び汚損の場合は、その受給者証を添付してください。
- ※5 紛失した受給者証を発見した時は、速やかに市役所に返還してください。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。