

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）													
受診者	フリガナ									生年月日			
	氏 名									年 月 日			
	住 所	〒								電話番号			
個人番号													
受診者が18歳未満の場合	フリガナ									受診者との関係			
	氏 名												
	住 所	〒 ☐ 受診者と同じ								電話番号			
保護者個人番号													
自立支援医療費受給者番号									/				
受給者証の有効期間		から まで											
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失											
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 名張市社会福祉事務所長 宛て													

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに名張市社会福祉事務所に返還してください。