

受付欄

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

三重県知事 宛て

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項の規定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。

自立支援医療 受給者番号 1								受給者証有効期間 1		自至	年 年	月 月	日 月末日まで
障 害 者 ・ 児	フリガナ							性別	男・女	生年月日			
	受診者氏名									明治・大正 昭和・平成			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所	〒											
	個人番号												
受 診 者 が の18 歳 記 入 未 満 の 場 合	フリガナ							受診者 との続柄					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号 2					
	保護者住所 2	〒											
保護者 個人番号													
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							年 月 日 ・ 不明						

申請者 〒

住 所

氏 名

電話番号

受診者との関係：

備考

- 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 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 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。
- 4 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに市役所に返還してください。

(規格A4)