

自立支援医療受給者証（育成・更生）再交付申請書

受診者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒		電 話 番 号 () -
	個人番号			
保 護 者 (受診者が18歳未満 の場合に記入)	フリガナ		続柄	電 話 番 号
	氏 名			() -
	住 所	〒		※受診者と同じ場合は省略可
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
発行済受給者証の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
再 交 付 の 理 由 (○印をつけてください)	<p style="text-align: center;">具体的に理由を記入してください。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>1 破損</p> <p>2 紛失</p> <p>3 その他</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 80%; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">※1に○印をした場合は、受給者証を添付して提出してください。</p>			
<p>私は、自立支援医療受給者証の再交付を、上記のとおり申請します。</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 40px;">呉 市 長 様</p>				