

自立支援医療受給者証（育成医療）再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		平成 年 月 日
	住 所	〒 ー	電話番号
保 護 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正 昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 ー	受診者との続柄
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
再 交 付 申 請 理 由	<p style="text-align: center;">1 汚れ</p> <p style="text-align: center;">2 破れ</p> <p style="text-align: center;">3 紛失</p>		
<p>私は、障害者自立支援法第52条に基づき支給認定のあった自立支援医療受給者証（育成医療）の再交付について、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">田辺市長 真 砂 充 敏 あて</p>			

※ 自立支援医療費受給者証（育成医療）を破り、又は汚した場合の申請には当該受給者証を添付すること。