

自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書

受診者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	住 所	〒 —	電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		生 年 月 日	
	保護者氏名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	保護者住所	〒 —	受診者との続柄	
自立支援医療受給者証番号				
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 破り</p> <p style="text-align: center;">3 紛失</p>
---------	---

私は、障害者自立支援法に基づき支給認定のあった自立支援医療受給者証（更生医療）の再交付について、上記のとおり申請します。

申請者氏名 印

平成 年 月 日

田辺市長 あて

※ 自立支援医療費受給者証（更生医療）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。