

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 更生医療 ）			
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		
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 市町村長 殿			

※ 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、速やかに市町村長に返還してください。