

年 月 日

長与町長 様

申請者 住 所
氏 名 印

自立支援医療受給者証再交付申請書

下記の理由により、自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受 給 者 番 号									
受 診 者	住 所	〒							
	氏 名								
	個人番号								
	生年月日	年 月 日							
	性 別	男 ・ 女		電 話 番 号					
保 護 者 (受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合)	住 所 ※1	〒							
	氏 名								
	個人番号								
	電 話 番 号 ※2					続 柄			

再 交 付 の 理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 その他()
-------------	-------------------------------------

備考 1 ※1及び※2は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
2 申請者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。