様式第40号(第22条関係)

自立支援医療費受給者証再交付申請書(更生医療)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | ふりがな | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年齢 |
| 受診者氏名 | 個人番号： | 年　　月　　日 | 歳 |
| 受診者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合) | 氏名 | 個人番号： | 受診者との関係 | 父母・子・配偶者・兄弟姉妹・祖父母親類・同居者・その他(　　　　　　) |
| 住所 | 　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証の有効期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 再交付申請理由 | 　 |
| 備考 | 　 |
| 　自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。 |
| 　　　　　　　年　　月　　日　　届出者(自署又は記名押印)　　　　　　　三郷市長　あて | 収受印 |
| 　 |