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 | | |
|  | | |