

自立支援医療費（更生医療・育成医療）受給者証再交付申請書							
受診者本人	フリガナ 氏 名				年齢	歳	生 年 月 日
		個人番号：					年 月 日
	住 所	〒				電話番号	
保護者	フリガナ 氏 名					本人との 関 係	
		個人番号：					
	住 所 ※1	〒				電話番号 ※1	
受給者証番号							
有効期間		年 月 日から			年 月 日まで		
再 交 付 申 請 理 由		1 破損      2 汚損      3 紛失      4 その他					
		(理由)					
<p>自立支援医療（更生医療・育成医療）の受給者証の再交付を受けたいので、障害者総合支援法施行令第33条第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">長井市福祉事務所長 宛</p>							

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

本人確認