様式第31号

自立支援医療受給者証再交付申請書

日南町福祉事務所長　　様

　　次のとおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日　　 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　 　診　　 者 | フリガナ |  | | | | | | | | 性別 | | | | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | 男・女 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 |  | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 保護者  （受診者が１８歳未満の場合記入 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 続柄 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | |
| 自立支援医療費  受給者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | | | |  | | | | |
| 医療受給者証の有効期限 | | 年　　月　日　から　　　年　　月　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

　注 １ 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を

添付してください。

２ 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに町に返還してく

ださい。