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。