別記様式第３２号（第２２条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

　和寒町長　様

　自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）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 | 個人番号：　 | 男・女 | 年　　月　　日　 |
| フリガナ | 　 |
| 住　　　所 | 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 | 個人番号：　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 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間 | 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、速やかに和寒町に返還してください。