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。