様式第２８号

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　　　電話番号 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 電話番号 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証の有効期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 再交付申請理由 | 　 |
| 　自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　中新川郡舟橋村長　宛 |

（注）　１　自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの自立支援医療受給者証を添付してください。

　　　　２　再交付を受けた後、失った自立支援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。