

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											個人番号											
	氏名																						
	住所																						
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	電話番号																
保護者※	フリガナ					受診者との関係			個人番号														
	氏名																						
	住所																						
<p>再交付申請の理由</p> <p>1 破損 2 汚損 3 紛失</p> <p>※破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。</p>																							
<p>私は、自立支援医療（更生医療）受給者証の再交付を申請します。</p> <p> 年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>福島市福祉事務所長</p>																							

※1 受診者が18歳未満の場合は、記入する。

【職員記入欄】

ここから下の欄には記入しないでください。

受 給 者 番 号																				
受 給 者 証 の 有 効 期 間	年	月	日	から	年	月	日	まで												
備 考																				

上記内容について確認しましたので、自立支援医療受給者証（更生医療）を再交付してよいか伺います。

決 裁 欄	課長	課長補佐	係長	係員	起 案 日	年 月 日
					起 案 者	
					公印承認番号	