

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																	性別
	氏名																			男・女
	住所																			
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	電話番号												
保護者 ※	フリガナ		個人番号																	受診者との関係
	氏名																			
	住所																			

再交付申請の理由

- 1 破損
- 2 汚損
- 3 紛失

※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。

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。

平成 年 月 日

申請者氏名 印 ※2

福島市福祉事務所長

※1 受診者が18歳未満の場合は、記入する。
 ※2 申請者氏名は、記名押印または自筆による署名のいずれかとする。

----- 【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	