

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

令和 年 月 日

春日部市福祉事務所長 あて

申請者 住所
氏名
※1 電話番号 () ㊞
受診者との続柄

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）の再交付について、下記のとおり申請します。

受給者証番号																				
受診者	フリガナ											生年月日	H・R 年 月 日							
	氏名																			
	住所	〒 春日部市																		
	個人番号																			
保護者 ※2	フリガナ											続柄								
	氏名																			
	住所	〒 春日部市																		
	個人番号																			
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から				令和 年 月 日 まで														
再交付申請の理由		1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況																		
備考																				

※ 従前使用していた自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）を添付すること（紛失を除く。）。
 ※1 申請者について、育成医療は保護者、更生医療は受診者本人とすること。
 ※2 受診者が18歳未満の場合に記入してください。