

記入例

様式第40号（第31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）

令和2年7月1日

春日部市福祉事務所長 あて

申請者 住所 春日部市 中央6-2

※1 氏名 春日部 太郎

電話番号 048 (736) 1111

受診者との続柄 父

印

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	0	1	2	3	4	5	6					
受診者	フリガナ	カスカベ ハルカ					生年月日		H・R 23年4月5日			
	氏名	春日部 遥										
	住所	〒344-0067 春日部市 中央6-2										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
保護者 ※2	フリガナ	カスカベ タロウ					続柄					
	氏名	春日部 太郎					父					
	住所	〒 春日部市 同上										
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受給者証の有効期間	令和2年6月1日から 令和2年11月30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。