

記入例

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療 **更生医療**）

令和〇年〇月〇日

春日部市福祉事務所長 あて

申請者 住 所 **春日部市中央7-2-1**※1 氏 名 **春日部 太郎**電話番号 **048 (736) 1131**受診者との続柄 **本人**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	0	1	2	3	4	5						
受診者	フリガナ	カスカベ タロウ						生年月日	昭和〇〇年5月6日				
	氏名	春日部 太郎											
	住所	〒344-8577 春日部市中央7-2-1											
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
保護者	フリガナ							続柄					
	氏名												
	住所	〒											
	※2 個人番号												
受給者証の有効期間	令和〇年 2 月 1 日 から 令和●年 1 月 31 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。